جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة كربلاء
كلية التربية للعلوم الإنسانية
قسم الجغرافية التطبيقية



التحليل المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية

رسالة تقدم بها الطالب

قاسم محمد نعمه السعدي

إلى مجلس كلية التربية للعلوم الإنسانية في جامعة كربلاء قسم الجغرافية التطبيقية

وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في الجغرافية البشرية.

بإشراف

أ. د وسن شهاب أحمد العبيدي

١٤٤٣هـ ٢٠٢١م

بسم الله الرحمن الرحيم

الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ (٧٨) وَالَّذِي هُوَ

يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ (٧٩) وَإِذَا

مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ (٨٠)

صدق الله العلي العظيم

سورة الشعراء

الآيات (٧٨- ٧٩ – ٨٠)

إقرار المشرف العلمي

نشهد أن إعداد هذه الرسالة الموسومة بـ**(التحليل المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية)** التي قدمها الطالب (قاسم محمد نعمه السعدي) قد جرى بأشرافي في قسم الجغرافية التطبيقية / كلية التربية للعلوم الانسانية / جامعة كربلاء، وهي من متطلبات نيل درجة الماجستير في الجغرافية.

التوقيع

المشرف : أ. د. وسن شهاب أحمد العبيدي

التاريخ : /١٣/٦/2021

بناء على ترشيح المشرف العلمي، وتقرير الخبير العلمي، أرشح هذه الرسالة للمناقشة .

التوقيع

رئيس القسم

أ.م.د مرتضى جليل المعموري

التاريخ: ١٦/ ٥/ 2021

إقرار الخبير اللغوي

اطلعت على رسالة الماجستير الموسومة **(التحليل المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية)** وقومتها لغويا ووجدتها صالحة للمناقشة.

التوقيع:

الاسم: علياء نصرت حسن

الدرجة العلمية: استاذ مساعد دكتور

العنوان: جامعة كربلاء

التاريخ: / / 2021/

إقرار لجنة المناقشة

نحن أعضاء لجنة المناقشة ورئيسها نشهد أننا قد اطّلعنا على هذه الرّسالة الموسومة بـ (التحليل المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية) التي قدمها طالب الماجستير (قاسم محمد نعمة السعدي) ،وناقشنا الطّالب في محتوياتها وفيما له علاقة بها، ونرى أنّها جديرة بالقبول وبتقدير (جيد جداً عالي) لنيل درجة الماجستير في الجغرافية التطبيقية .

التوقيع:

الاسم:أ. د. رياض كاظم سلمان الجميلي

جامعة كربلاء /كلية التربية للعلوم الانسانية

التأريخ: / / ٢٠٢١

رئيس لجنة المناقشة

التوقيع:

الاسم: أ.د. سمير فليح الميالي

جامعة كربلاء/ كلية التربية للعلوم الانسانية

التأريخ : ١٧/ ١٠/ ٢٠٢١

عضو

التوقيع:

الاسم:أ. د. فؤاد عبدالله محمد

جامعة الكوفة / كلية التربية للبنات

التأريخ: / / ٢٠٢١

عضو

التوقيع:

الاسم:أ. د. وسن شهاب احمد

جامعة كربلاء / كلية التربية للعلوم الانسانية

التأريخ :١٧/ ١٠/ ٢٠٢١

عضوا ومشرفا

مصادقة عمادة كلية التربية للعلوم الانسانية

صادق مجلس كلية التّربية للعلوم الإنسانيّ/ جامعة كربلاء على قرار لجنة المناقشة.

التوقيع:

أ.د. حسن حبيب عزر الكريطي

عميد كلية التربية

التاريخ: / ١٠ / ٢٠٢١

الإهداء

أهدي جهدي المتواضع هذا إلى ...

خير خلق الله ومنقذ البشرية من الشرك والضلالة رسول الهدى ونور الدجى...

محمد (صلى الله عليه واله) وإلى آله الاطهار.

إلى خليفة الله في أرضه وحجته على خلقه والناطق بحكمته مهدينا ومنقذنا صاحب الامر (عجل الله فرجه الشريف)...

إلى من حفظ الدماء وصان الامانة وحفظ الاسلام بفتوته المقدسة مرجعيتنا الرشيدة الأمام السيد علي الحسيني السيستاني "دام ظله"...

إلى العيون التي غابت شمسها عن دنيا البشر وأشرقت في جنات النعيم إلى أرواح الشهداء ...

إلى عائلتي الكريمة ولاسيما موطن الحب والحنان والدتي العزيزة ...

إلى روح والدي الغالي (رحمه الله).

إلى إخواني وأخواتي الذين أناروا لي الدرب...

إلى كل من ساندني وسهل لي أمراً وكان للمعروف أهلاً...

إلى كل من أسهم في حمل أمانة العلم ويمضي قدما الى الأمام في المسيرة العلمية لتثقيف المجتمع وانقاذه من الجهل والضلالة...

الباحث

شكر وتقدير

الحمد لله الذي لا يُحمد سواه، والصلاة والسلام على رسول الله خاتم الأنبياء والمرسلين محمد (ﷺ) وعلى آله الطيبين الطاهرين، أشكر الله واحمد فضله عليَّ لإتمام هذا البحث.

يطيب لي ومن الواجب عليّ أن أتقدم بالشكر والثناء إلى الأستاذ الدكتور (وسن شهاب احمد) لإشرافها على الدراسة، وما ابدته لي من إرشادات ونُصح وآراء نيرة وأفكار قيمة وملاحظات سديدة، فضلاً عن الجهد الكبير الذي قدمته لي عبر تعليمي (رسم الخرائط بواسطة برنامج (ArcGIS)) مما سهل إنجاز العمل إذ كان الإخلاص والامانة في العمل عنوانها، فأتمنى أن يمن عليها الباري عز وجل بالصحة والعافية والعمر المديد مع دوام التفوق والإبداع.

كما أتقدم بفائق الشكر والتقدير إلى جميع أعضاء الهيأة التدريسية والملاك الإداري في قسم الجغرافيا التطبيقية في كلية التربية للعلوم الإنسانية جامعة كربلاء لما قدموه من مساعدة وتوجيه فلهم كل الاحترام والامتنان، وأخص منهم الأستاذ المساعد الدكتور(عدي فاضل الكعبي) رئيس قسم الجغرافيا بكلية التربية للعلوم الانسانية.

ويمتد شكري إلى دائرة صحة كربلاء ومديرية الاحصاء ومديرية التخطيط وإلى جميع العاملين في قسم الاحصاء في مستشفى الهندية العام وعلى رأسهم رئيس القسم الاستاذ (مثنى سعدون عبد العالي)، وإلى قطاع الرعاية الصحية الاولية والمراكز الصحية في مدينة الهندية، والى مديرية بلدية الهندية واخص بالذكر مسؤولة شعبة (GIS) الأستاذة (ماجده فاضل ياسر) والى موظفي مكتبة كلية التربية للعلوم الانسانية جامعة كربلاء ومكتبة العتبتين المقدستين، وإلى الأخ (علي معطي مهدي خليل)، لتسهيلهم عملية حصولي على البيانات والإحصائيات اللازمة في البحث.

ويلزمني الواجب أيضاً أن أشكر كل من شارك في إعداد هذه الرسالة بنصيحة، أو رأي أو معونة أو مشورة وأخص بالذكر الاستاذ (سليم حسين الزرفي) و (حسنين مهدي الموسوي) الذين لم يبخلوا بوقتهم لمساعدتي والوقوف معي منذ السنة التحضيرية ووصولاً الى هذه المرحلة فلهم كل الحب والتقدير.

كما أتقدم بالشكر الجزيل الى زملائي من طلبة الدراسات العليا في قسم الجغرافية وأخص بالذكر (ياسر رحيم و نور الهدى الكريطي ومريم حسين اليساري)، كما لا أنسى فضل عائلتي الكريمة والدي (رحمه الله) ووالدتي وإخوتي وأخواتي وأصدقائي في مساندتي طوال مشواري الدراسي فجزاهم الله عني خير الجزاء.

الباحث

المستخلص

تعد الخدمات الصحية احدى اهم الخدمات التي تقدمها المدينة لسكانها وسكان اقليمها، لما لها من دور في عملية التنمية الصحية، لذا فأن عملية الارتقاء بهذه الخدمات في المجتمع يعني تقديم خدمات افضل لرفع المستوى الصحي الذي يعكس اهداف التنمية.

جاء موضوع الدراسة (التحليل المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية)، اذ طرحت الدراسة مجموعة تساؤلات كان اهمها ما هو واقع التوزيع المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية؟ وما مدى كفاءتها عبر توزيعها المكاني في أحياء المدينة؟، وافترضت الدراسة ان هناك تبايناً في توزيع الخدمات الصحية في منطقة الدراسة لأسباب تخطيطية تتبع حجم السكان، فضلا عن ضعف في كفاءتها الوظيفية، مما ينعكس سلباً على كفاءتها المكانية والوظيفية.

اعتمدت الدراسة مناهج عّدة منها المنهج الوصفي فضلاً عن المنهج التحليلي الكمي اذ اعتمد الباحث بشكل كبير على الدراسة الميدانية التي شملت الدوائر ذات العلاقة وعملية الدراسة الميدانية (استمارة الاستبانة) وقد تم تحديد العينة البالغة (٣٧٨) اسرة، للمجتمع والذي يبلغ (٢٣٧٩٢) اسرة في عموم منطقة الدراسة موزعة على (٢٤) حياً سكنياً، لجمع المتغيرات اللازمة للدراسة ومعرفة اراء السكان حول كفاءة الخدمات الصحية المقدمة، وبعد ذلك تم ترتيبها وتصنيفها في جداول واشكال بيانية وخرائط لتمثيل واقع المدينة، فضلا عن المنهج الاستقرائي متمثلا باستعراض التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية ومؤشراتها، كما تم استخدام الوسائل والتقنيات المكانية الموجودة ضمن بيئة برنامج (ArcGIS 10.7.1) والمتمثلة بدراسة التوزيعات المكانية وتحليل الشبكات وانتاج الخرائط، بدءاً من جمع البيانات والمعلومات وتحليلها عبر حزمة التحليل المكاني (Analysis Spatial)، وبرنامج (Excel) من اجل إعداد قاعدة معلومات جغرافية تخص منطقة الدراسة.

تهدف الدراسة للتعرف على واقع الخدمات الصحية الموجودة في المدينة وتوزيعها المكاني، ومن ثم تقييم كفاءتها الوظيفية بالاعتماد على المعايير التخطيطية المحلية المعمول بها في العراق، وبعد ذلك تم تحديد احتياجات المدينة من الخدمات الصحية الحالية وتقدير الحاجة المستقبلية لها لغاية سنة ٢٠٣٠، وتوصلت الدراسة لجملة من الاستنتاجات كانت من ابرزها:-

- ان اغلب المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة المستشفى اتصفت بكفاءة الخدمة المقدمة، اما بالنسبة لـ (معيار نسمة / مستشفى)، (معيار نسمة / سرير) (معيار المرضى الراقدين / طبيب)،

و(معيار عدد المرضى الراقدين / عامل ذوي المهن الصحية)، فقد اتصفت بتدني مستوى كفاءة الخدمة حسب المعايير التخطيطية، كما ان المدينة بحاجة الى مستشفيان، و(١٣٧) طبيب اسنان.

- اما بالنسبة للمؤشرات المستخدمة في تقييم كفاءة المراكز الصحية الاولية فقد اتصفت بانخفاض كفاءة الخدمة حيث تعاني بعض المراكز الصحية من نقص واضح بعدد الكوادر الطبية والصحية، حيث كان بعضها اعلى من المعايير التخطيطية.

- ان المساحة الكلية المخدومة من المدينة من قبل المراكز الصحية الاولية بلغت (٥٥٢,٨) هكتار، في حين بلغت المساحة غير المخدومة (٣١٦,٤٩) هكتار.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الخرائط

فهرس الاشكال

فهرس الصور

فهرس المخططات

فهرس الملاحق

الفصل الاول

الاطار النظري والمفاهيمي

اولا: الاطار النظري

١- المقدمة

تُعد الخدمات الصحية ذات علاقة وثيقة بحياة الإنسان وهي احدى حقوقه، وأن جميع الناس لهم الحق في الحصول على ما يلبي احتياجاتهم بما يضمن الحق في الحصول على المتابعة الصحية والعلاج، فضلاً عن الوقاية من الامراض لان صحة المواطن ثروة ينبغي الحفاظ عليها وصيانتها، لذا حظيت باهتمام كبير من قبل الحكومات والمؤسسات المعنية، كما تُعد من العناصر الأساسية في عمليات تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

لقد هدفت دول العالم الى تحقيق مستوى متقدم من الصحة للمواطنين الذين يعيشون فيها، حيث عقدت من اجل ذلك العديد من الندوات والمؤتمرات من اجل تحقيق اقصى ما يمكن من الخدمة لهم، من خلال التعرف على مواطن الخلل من حيث توزيع المؤسسات الصحية والعاملين فيها، وقياس كفاءتها على وفق المعايير المحلية وتحديد حاجتها الحالية والمستقبلية، ويهدف ذلك الى تنمية هذه الخدمة المهمة.

ومن الجدير بالذكر ان اختيار هذا الموضوع يعود لسبب ان الخدمة الصحية من الخدمات التي تشغل حيزاً مكانياً لا يقل اهمية عن باقي الخدمات، وهذه الاهمية التي تتمتع بها الخدمات الصحية لابد ان تنعكس بشكل أو بأخر على نظام توزيع الخدمات، وتعاني مدينة الهندية من مشاكل في الخدمة الصحية تتمثل بالضغط السكاني الكبير الذي تتحمله المؤسسات الخاصة بتقديم الخدمة نتيجة قلة عددها فضلا عن قلة بعض الكوادر الطبية والصحية العاملة فيها.

٢- مشكلة الدراسة

تعد المشكلة من أول خطوات البحث العلمي، وعليه يمكن صياغة مشكلة البحث بمجموعة من التساؤلات والتي ينبغي الاجابة عنها للوصول الى الحلول المناسبة وهي:

١- ما واقع التوزيع المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية؟

٢- ما مدى الكفاءة الوظيفية للخدمات الصحية في مدينة الهندية؟

٣- كيف كانت سهولة الوصول للخدمات الصحية في مدينة الهندية؟

٣- فرضية الدراسة

١- يتباين توزيع الخدمات الصحية على مساحة منطقة الدراسة لأسباب تخطيطية تتبع حجم السكان.

٢- ان الخدمات الصحية في المدينة تعاني من ضعف في كفاءتها الوظيفية، مما ينعكس سلباً على كفاءتها المكانية.

٣- قلة مواقع تقديم الخدمات الصحية في المدينة كان له انعكاسا على المسافة المقطوعة مما اثر على سهولة الوصول من حيث الوقت المستغرق.

٤- اهداف الدراسة

يهدف البحث الى:

١- التعرف على طبيعة توزيع الخدمات الصحية في مدينة الهندية.

٢- تقييم كفاءة الخدمات الصحية وتوزيعها المكاني في المدينة وفق المعايير المحلية.

٣- التعرف على مدى رضا سكان المدينة عن الخدمات الصحية.

٤- الكشف عن حاجة المدينة الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية للمساهمة في النهوض بالواقع الصحي في المدينة.

٥- اهمية الدراسة

١- تسليط الضوء على احد الخدمات المجتمعية المتمثلة بالخدمات الصحية لمدينة الهندية.

٢- ان تزايد اعداد السكان في المدينة بشكل مستمر ينتج عنه زيادة الاعباء على المؤسسات الصحية مما يدعو ذلك الى بذل المزيد من الاهتمام بهذه الخدمة كماً ونوعاً وبما يتناسب مع حجم السكان.

٣- الاعتماد على تحليل الشبكات في تقييم وتحليل سهولة الوصول والعمل على انتاج الخرائط للخدمات الصحية في مدينة الهندية.

٤- التعرف على مدى قدرة الخدمات الصحية على اداء الواجبات المناطة اليها والتي هي من الضرورات التي ينبغي التأكيد عليها بوصفها اساسا بغية تحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية متكاملة ومزودة بقوى عاملة سليمة.

٦- مراحل الدراسة

تعددت مصادر جمع البيانات والمعلومات والتي اعتمد عليها الباحث بحسب محاور البحث واهدافه لغرض توفير البيانات المطلوبة، لذا تنوعت المراحل التي مر بها البحث وهي كالاتي:-

١- مرحلة اختيار الموضوع وتضمنت هذه المرحلة صياغة عنوان البحث وتحديد حدود منطقة الدراسة ومشكلة البحث من خلال مطالعة الادبيات الخاصة بالموضوع وكل ما يتعلق به.

٢- مرحلة جمع البيانات والمعلومات المكتبية والمتناثرة بين بطون الكتب والرسائل والأطاريح والبحوث المختلفة المنشورة في المجلات والدوريات العلمية والتقارير الحكومية وجمع الخرائط من مصادرها الرسمية.

٣- مرحلة الدراسة الميدانية والتي تمثل الدور المهم والفاعل في تغطية موضوع البحث، اذ يتم من خلالها سد النقص الحاصل في البيانات والمعلومات وتحديثها عبر اعتماد الدراسة الميدانية، وتضمنت عدة محاور وهي كالاتي:

أ. المسح الميداني الشامل لجميع المؤسسات الصحية في مدينة الهندية، والتقاط الصور الفوتوغرافية لها وجمع البيانات المتعلقة بها، وقد شملت المؤسسات الصحية الإدارية والرقابية (مستشفى الهندية العام، قطاع الرعاية الاولية في مدينة الهندية، مراكز الرعاية الصحية الاولية، العيادة الشعبية، وحدة العمليات الطبية (خدمة الاسعاف)).

ب. الدراسة الميدانية التي اجراها الباحث والمتعلقة بالمؤسسات الصحية حيث شملت الدراسة الميدانية للعديد من مراكز تقديم الخدمات الصحية للتعرف على اعداد السكان المراجعين والمستفيدين منها.

ج. اجراء المقابلة الشخصية مع بعض الشخصيات المسؤولة والقائمة على ادارة الخدمات الصحية وتسجيل المعلومات بما يتفق مع متطلبات الدراسة.

د. تحديد حجم العينة (استمارة الاستبيان)، بلغ حجم العينة (٣٧٨) استمارة من اجل استكمال النقص في قاعدة البيانات الموجودة، وهذا ما استدعى الحاجة لإعداد استمارة استبانة تتضمن مجموعة من الاسئلة ملحق (١)، وزعت على جميع الأحياء السكنية لمدينة الهندية البالغ عددها (٢٤) حياً سكنياً وبحسب نسبة السكان، وقد استغرقت الدراسة الميدانية مدة زمنية ابتدأت يوم الخميس الموافق ٢٠٢٠/١٠/١ وانتهت يوم الخميس الموافق ٢٠٢١/٣/٤، وقد اعتمد الباحث على أسلوب المسح بالعينة، وتم تحديد حجم العينة بحسب المعادلة الاتية[1]:

$$n = \frac{N \times P(1-P)}{[\![(N-1\times)(d^2 \div z^2)]\!] + p(1-p)}$$

حيث ان :

n = عدد الاستمارات المطلوبة (حجم العينة)

N= حجم المجتمع

z= الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى المعنوية ٠,٠٥

ومستوى الثقة ٠,٩٥ وتساوي ١,٩٦

d= نسبة الخطأ وتساوي ٠,٠٥

P= القيمة الاجمالية وتساوي ٠,٥٠

حتى يتم تحديد نسبة كل حي من أجمالي النسبة، وذلك من خلال ما يأتي:

أسم الحي ((عدد الاسر للحي/ عدد الاسر الكلية للمدينة) ×١٠٠) فمثلاً:-

حي (الكص الجنوبي) ٥٩٤/٢٣٧٩٢×١٠٠= ٣%

وتستمر هذه الطريقة لبقية أحياء المدينة السكنية، اما بالنسبة لمعرفة نصيب كل حي من العينة فقد تم استخراجها وفق الطريقة الآتية:-

أسم الحي ((النسبة المئوية للحي/ ١٠٠) × أجمالي العينة البالغة (٣٧٨))، فمثلاً:-

حي (الكص الجنوبي) ٣/١٠٠× ٣٧٨ = ١١ استمارة.

وتستمر هذه الطريقة لبقية أحياء المدينة السكنية.

---

[1] Steven K. Thompson, Sampling, Third Edition, 2012, p 59-60.

هـ. مراجعة الدوائر ذات العلاقة بموضوع الدراسة، مثل دائرة الصحة ومديرية البلدية ودائرة الاحصاء ومديرية التخطيط في المحافظة للاستفادة من بيانتها لغرض الدراسة.

٤- مرحلة الشروع بكتابة البحث، اذ تم تنظيم البيانات والمعلومات بمجموعة من الجداول والخرائط والأشكال البيانية ومن ثمَّ تحليلها بشكل مفصل لمعرفة العلاقة بين متغيرات الدراسة وتوظيفها حسب ما يقتضيه البحث.

٥- اعتمدت الدراسة على اكثر من منهج، منها المنهج الاستقرائي متمثلاً باستعراض توزيع الخدمة ومؤشراتها مستعيناً بالخرائط والاشكال البيانية لتمثيل البيانات ومن ثم المنهج الوصفي لتوضيح وعرض نصي وصفي لهذه الخرائط والاشكال البيانية، كما تم استخدام الوسائل والتقنيات المكانية الموجودة ضمن بيئة برنامج (ArcGIS 10.7.1) والمتمثلة بدراسة التوزيعات المكانية وتحليل الشبكات واعداد الخرائط، بدءاً من جمع البيانات والمعلومات وتحليلها من خلال حزمة التحليل المكاني (Spatial Analysis).

٧- الحدود المكانية والزمانية للدراسة

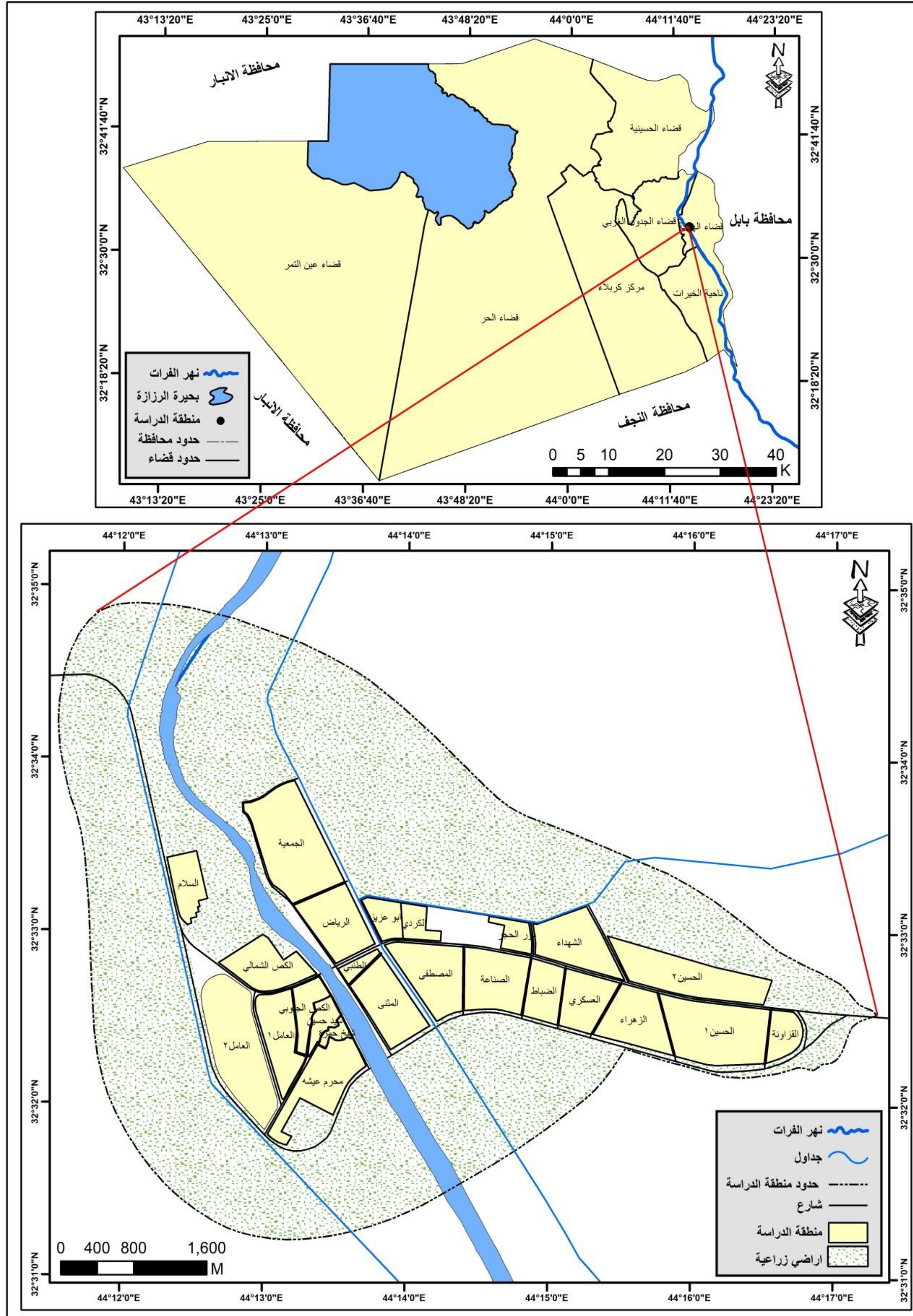
تمثلت منطقة الدراسة بحدود التصميم الاساسي لمدينة الهندية الذي وضع من سنة (٢٠١٠-٢٠٣٥)، اذ تحتل موقعاً فلكياً على خط طول (٣٠ َ١١ ٤٤ْ) و(٢٠ ١٧ ٤٤ْ) شرقاً، وعلى دائرتي عرض (١٠ َ٣١ ٣٢ْ) و(٥٠ َ٣٤ ٣٢ْ) شمالاً، اما حدودها الادارية فيحدها من جهة الشمال قضاء المسيب ومن جهة الغرب محافظة بابل ومن جهة الشرق مدينة كربلاء المقدسة، اما من الجنوب فتحدها ناحية الخيرات، خريطة (١).

اما الحدود الزمانية للدراسة فقد تمثلت ببيانات سنة ٢٠٢٠، فضلاً عن التوقعات المستقبلية للخدمات الصحية والحاجة منها حتى سنة ٢٠٣٠.

منطقة الدراسة

بلغت مساحة المدينة الكلية حوالي (٣٤٥٢) هكتار، وشملت احياء مدينة الهندية البالغ عددها (٢٤) حياً سكنياً.

خريطة (١) الموقع الجغرافي والفلكي لمدينة الهندية من محافظة كربلاء



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- جمهورية العراق، وزارة الموارد المائية، الهيئة العامة للمساحة، خريطة محافظة كربلاء الادارية، بمقياس ١ /١٠٠٠٠٠٠

- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، مديرية التخطيط العمراني في محافظة كربلاء، خريطة التصميم الاساس بمقياس رسم ١/٥٠٠٠.

٨- الدراسات السابقة والمشابهة:

١- الدراسات السابقة والمشابهة باللغة العربية:

أ- الرسائل والاطاريح:

١- **دراسة (العامري) الموسومة (كفاءة الخدمات الصحية وبعض العوامل المؤثرة فيها دراسة تطبيقية قطاع الرصافة والمنصور)**[١]، تناولت الدراسة التوزيع المكاني للسكان والخدمات الصحية وتقييم كفاءتها ومدى الحاجة الحالية والمستقبلية منها، كما استعانت باستمارة الاستبانة، ولكن لم تستخدم الباحثة الخرائط في تقييم كفاءة الكوادر الصحية في المراكز الصحية، ولم تتطرق الى وحدة الاسعاف الفوري، ومعيار (سكان/صيدلي)، و(سكان/طبيب اسنان)، وتناولت الباحثة سهولة الوصول على اساس آراء المبحوثين حسب المسافة المقطوعة بينما تناولت دراستي سهولة الوصول باستخدام تحليل شبكة الشوارع بدلالة المسافة والوقت المستغرق للوصول الى الخدمة الصحية وحسب المعايير التخطيطية المحلية.

٢- **دراسة (الكبيسي) الموسومة (كفاءة التوزيع المكاني للمراكز الصحية في مدينة الفلوجة باستخدام نظم المعلومات الجغرافية GIS)**[٢]، ركزت الدراسة على التوزيع المكاني للمراكز الصحية وتقييم كفاءتها، حيث لم يستخدم الباحث الخرائط في التوزيع المكاني للمستشفيات والعيادات الشعبية، ولم يتطرق الى وحدة الاسعاف الفوري، وتقييم كفاءة خدمات المستشفيات والعيادات الشعبية ووحدة الاسعاف، كذلك استخدم الباحث نطاق الخدمة المثالي فقط، بينما تناولت دراستي سهولة الوصول باستخدام تحليل شبكة الشوارع بدلالة المسافة والوقت المستغرق للوصول الى الخدمة الصحية وحسب المعايير التخطيطية المحلية.

---

[١] فاطمة فهد حمادي العامري، كفاءة الخدمات الصحية وبعض العوامل المؤثرة فيها دراسة تطبيقية قطاع الرصافة والمنصور، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، المعهد العالي للتخطيط الحضري والإقليمي، جامعة بغداد، ٢٠٠٥.

[٢] احمد محمد جهاد الكبيسي، كفاءة توزيع المكاني للمراكز الصحية في مدينة الفلوجة باستخدام نظم المعلومات الجغرافية GIS، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة الانبار، ٢٠٠٩.

٣- **دراسة (استيتة) الموسومة (التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS))**[١]، اوضحت الدراسة التوزيع المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وتحديد كفاءتها، لكن لم يتناول الباحث تقييم كفاءة الخدمات الصحية على اساس الملاكات الصحية العاملة فيها، كما تناول الباحث نطاق الخدمة المثالي، فيما تناولت دراستي سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات وحسب المعايير التخطيطية المحلية، كما لم توضح التوقعات المستقبلية للخدمة الصحية ومدى الحاجة منها.

٤- **دراسة (كيطان) الموسومة (التحليل المكاني للخدمات الصحية في محافظة ذي قار)**[٢]، ركزت الدراسة على تطور الخدمات الصحية وتوزيعها وتقييم كفاءتها والاحتياجات الفعلية والمستقبلية منها، لكن لم يتناول الباحث وحدة الاسعاف الفوري، ولم يوضح تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الكوادر الصحية العاملة فيها، ودرس الباحث سهولة الوصول حسب آراء المبحوثين، أما دراستي فقد تناولت سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات وحسب المعايير التخطيطية المحلية، كما لم يوضح الباحث الحاجة الفعلية والمستقبلية من الكوادر الصحية والعيادات الشعبية ووحدة الاسعاف.

٥- **دراسة (عبود) الموسومة (التحليل الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة البصرة)**[٣]، تناولت الدراسة تطور الخدمات الصحية وتوزيعها وتقييم كفاءتها والاحتياجات الفعلية والمستقبلية منها، ولكن لم يتطرق الباحث لوحدة الاسعاف الفوري، ولم يوضح تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الكوادر الصحية العاملة فيها، كذلك لم يتناول تقييم العيادة الشعبية و وحدة الاسعاف الفوري، وتناول الباحث نطاق الخدمة المثالي فقط، بينما تناولت دراستي سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات وحسب المعايير التخطيطية المحلية، كما لم يتناول الباحث تحديد الحاجة الفعلية والمستقبلية من كوادر ذوي المهن الصحية والعيادات الشعبية ووحدة الاسعاف.

---

[١] سليم احمد سليم استيتة، التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها (GIS) باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية، اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، ٢٠٠٩.

[٢] عباس هجول كيطان، التحليل المكاني للخدمات الصحية في محافظة ذي قار، رسالة ماجستير(غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، ٢٠١٠.

[٣] عادل عبد الأمير عبود، التحليل الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة البصرة، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة البصرة، ٢٠١٢.

٦- **دراسة (ابو كلل) الموسومة (واقع توزيع الخدمات الصحية ومستويات كفاءتها في مدينة النجف الأشرف (دراسة في جغرافية الصحة))**[١]، اهتمت الدراسة بتطور الخدمات الصحية وتوزيعها وتقييم كفاءتها والاحتياجات الحالية والمستقبلية منها، لكن لم يدرس الباحث تقييم كفاءة العيادة الشعبية، وتناول نطاق الخدمة المثالي بينما تناولت دراستي سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات حسب المعايير التخطيطية المحلية.

٧- **دراسة (عبد القادر) الموسومة (التحليل المكاني للخدمات الصحية في محافظة المثنى)**[٢]، ركزت الدراسة على تطور الخدمات الصحية وتوزيعها وتقييم كفاءتها والاحتياجات الفعلية والمستقبلية منها، لكن لم يوضح الباحث تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الملاكات العاملة فيها، كذلك لم يتناول تقييم العيادة الشعبية و وحدة الاسعاف الفوري، ولم يتناول نطاق الخدمة، ولم يحدد الحاجة الفعلية والمستقبلية من كوادر ذوي المهن الصحية والعيادات الشعبية ووحدة الاسعاف.

٨- **دراسة (الجبوري) الموسومة (التوزيع المكاني للخدمات الصحية في محافظة صلاح الدين)**[٣]، ركزت الدراسة على التوزيع المكاني للسكان والخدمات الصحية وتقييم كفاءتها، إذ تناول الباحث معيار (نسمة/مستشفى) و(نسمة/سرير) فقط ولم يتناول بقية المعايير المعتمدة في تقييم الكفاءة، ولم يبحث تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الكوادر العاملة فيها، كذلك تناول نطاق الخدمة المثالي فقط، بينما تناولت دراستي اضافة الى ذلك سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات بدلالة المسافة والوقت المستغرق للوصول الى الخدمة الصحية حسب المعايير التخطيطية المحلية، كما لم يستخدم الباحث استمارة الاستبانة، ولم يحدد الحاجة الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية.

---

[١] ضرغام خالد عبد الوهاب أبو كلل، واقع توزيع الخدمات الصحية ومستويات كفاءتها في مدينة النجف الأشرف (دراسة في جغرافية الصحة) اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة البصرة، ٢٠١٢.

[٢] عمار عبد الله عبد القادر، التحليل المكاني للخدمات الصحية في محافظة المثنى، رسالة ماجستير(غير منشورة)، كلية التربية/ ابن رشد، جامعة بغداد، ٢٠١٣.

[٣]عبد الحق خلف حمادة الجبوري، التوزيع المكاني للخدمات الصحية في محافظة صلاح الدين، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الموصل، ٢٠١٣.

٩- **دراسة (العبيدي) الموسومة (التباين الاقليمي للخدمات الصحية في محافظة ديالى)**[١]، اهتمت الدراسة بتطور الخدمات الصحية وتوزيعها وتقييم كفاءتها والاحتياجات الفعلية والمستقبلية منها، لكن لم تتطرق الباحثة الى التوزيع المكاني للعيادات الشعبية و وحدة الاسعاف الفوري وتقييم كفاءتهم، كما لم تتضمن نطاق الخدمة، ولم تستخدم الباحثة استمارة الاستبانة.

١٠- **دراسة (عدو) الموسومة (السكان وتنمية الخدمات الصحية في محافظة نينوى)**[٢]، تناولت الدراسة التوزيع المكاني للسكان وكثافتهم، وكذلك التوزيع المكاني للخدمات الصحية وتقييم كفاءتها، لكن لم يتناول الباحث معيار (ذوي المهن الصحية/طبيب) و(المرضى الراقدين/طبيب) و(المرضى الراقدين/ذوي المهن الصحية) و(ممرض/الطبيب) و(سرير/طبيب) و(نسبة اشغال السرير) و(معدل مكوث المريض) في تقييم كفاءة الخدمات، كما لم يتناول الباحث تقييم كفاءة العيادة الشعبية والمراكز الصحية حسب الملاكات العاملة فيها، فيما تناول الباحث نطاق الخدمة المثالي، لكن تناولت دراستي سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات بدلالة المسافة والوقت المستغرق للوصول الى الخدمة الصحية حسب المعايير التخطيطية المحلية.

١١- **دراسة (الضويلع) الموسومة (التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في منطقة صبراتة- ليبيا دراسة في جغرافية الخدمات)**[٣]، لم تتناول الباحثة معيار (ذوي المهن الصحية/طبيب) و(المرضى الراقدين/طبيب) و(المرضى الراقدين/ذوي المهن الصحية) و(ممرض/طبيب) في تقييم الكفاءة، كما لم تتناول تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الملاكات العاملة فيها، فيما تناولت الباحثة نطاق الخدمة المثالي، بينما تناولت دراستي سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات بدلالة المسافة والوقت المستغرق للوصول الى الخدمة الصحية حسب المعايير التخطيطية المحلية.

---

(١) اسراء هيثم احمد صالح العبيدي، التباين الاقليمي للخدمات الصحية في محافظة ديالى، اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة ديالى، ٢٠١٣.

(٢) محمد نوح محمود عدو، السكان وتنمية الخدمات الصحية في محافظة نينوى، اطروحة دكتوراه(غير منشورة)، كلية التربية للعلوم الانسانية، جامعة الموصل، ٢٠١٥.

(٣) انتصار محمد علي الضويلع، التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في منطقة صبراتة- ليبيا دراسة في جغرافية الخدمات، اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس، ٢٠١٩.

ب- البحوث المنشورة:

١- دراسة (الجار الله) الموسومة (التباين الاقليمي للخدمات الحصية في المملكة العربية السعودية)[١]، اهتم البحث بتطور الخدمات الصحية في المملكة حيث تناول توزيع الخدمات الصحية، لكن لم يتطرق الى تقييم كفاءة الخدمات الصحية، ولم يتناول نطاق الخدمة.

٢- دراسة (ناصر) الموسومة (واقع التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة الديوانية وكفاءتها لعام ٢٠٠٧)[٢]، يهدف البحث الى دراسة توزيع الخدمات الصحية ومعرفة ما يعانيه قطاع الصحة عبر تقويم علمي وسليم لطبيعة التوزيع المكاني لمؤسساته ومدى كفاءة الخدمات الصحية المقدمة، لكن البحث لم يتناول توزيع العيادة الشعبية ووحدة الاسعاف الفوري وتقييم كفاءتها، تناول معيار (نسمة/طبيب) و(سرير/طبيب) و(ممرض/طبيب) فقط ولم يتناول بقية المعايير المعتمدة في تحليل الكفاءة، كذلك لم يتناول تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الكوادر العاملة فيها، ولم يتناول نطاق الخدمة حسب المعايير المعتمدة ورسم الخراط المناسبة، وانما اعتمد في ذلك على نتائج الاستبيان، اضافة لذلك لم يحدد الحاجة الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية.

٣- دراسة (فرحان) الموسومة (تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية)[٣]، يهدف البحث الى تشخيص مواقع الخلل في متغيرات الخدمات الصحية، لذلك ركز على دراسة التوزيع المكاني للخدمات الصحية وتقييم كفاءتها، لكن لم يتطرق الى توزيع العيادة الشعبية ووحدة الاسعاف الفوري وتقييم كفاءتها، كما لم يتناول تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الملاكات العاملة فيها، فيما تناول نطاق الخدمة المثالي ولم يستخدم الخرائط، بينما تناولت دراستي اضافة الى نطاق الخدمة المثالي سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات وحسب المعايير التخطيطية المحلية.

---

(١) احمد جار الله الجار الله، "التباين الاقليمي للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية"، الجمعية الجغرافية الكويتية، العدد١٠، ١٩٩٧.

(٢) حسين جعاز ناصر، "واقع التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة الديوانية وكفاءتها لعام ٢٠٠٧ "، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، المجلد ١١، العدد ٣، ٢٠٠٨.

(٣) حميد حسين فرحان، "تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية"، مجلة جامعة الانبار للعلوم الانسانية، العدد ١ ، ٢٠١٠

٤- دراسة (الزيادي) الموسومة (التباين المكاني لبعض مؤشرات التنمية الصحية في المحافظات العراقية (دراسة في جغرافية التنمية باستخدام (GIS))[١]، يهدف البحث الى ابراز اهم المؤشرات الصحية المؤثرة والتي لها مساس بحياة المواطن، لذلك ركز على توزيع الخدمات الصحية وتقييم كفاءتها، لكنه لم يتناول التوزيع المكاني للعيادات الشعبية و وحدة الاسعاف وتقييم كفاءتهم، وتناول البحث معيار (نسمة/طبيب) و(نسمة/ طبيب اسنان) و(نسمة/ صيدلي) و(نسمة/سرير) و(نسمة/مركز) فقط ولم يتناول بقية المعايير المعتمدة في تقييم الكفاءة، كذلك لم يتناول تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الكوادر العاملة فيها، ولم يتناول نطاق الخدمة.

٥- دراسة (علي) الموسومة (كفاءة توزيع مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الرمادي)[٢]، ركز البحث على المراكز الصحية الاولية فقط والتعرف على حجم الخدمات المقدمة لسكان المدينة ومعرفة توزيعها وكفاءتها، ولم يتطرق الى المؤسسات الصحية الاخرى، ولم يستخدم الخرائط في تقييم كفاءة المراكز، فيما تناول البحث نطاق الخدمة المثالي للمراكز الصحية، بينما تناولت دراستي فضلاً عن نطاق الخدمة المثالي، سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات بدلالة الوقت المستغرق للوصول الى الخدمات الصحية حسب المعايير التخطيطية المحلية، كذلك لم يستخدم استمارة الاستبانة، ولم تحدد الحاجة الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية.

٦- دراسة (حسن) الموسومة (الكفاية المكانية للخدمات الصحية في محافظة شبوة الجمهورية اليمنية – دراسة تحليلية في جغرافية الخدمات)[٣]، يهدف البحث الى دراسة التركيب القطاعي لمكونات الخدمات الصحية في محافظة شبوة، وتحليل واقع الكفاية المكانية للخدمات وتوزيعها الجغرافي وعلاقاتها المكانية، لكن لم يتناول البحث تقييم الكفاءة الوظيفية للخدمات الصحية، كذلك لم يتطرق الى نطاق الخدمة للخدمات الصحية.

---

(١) حسين عليوي ناصر الزيادي، "التباين المكاني لبعض مؤشرات التنمية الصحية في المحافظات العراقية (دراسة في جغرافية التنمية باستخدام GIS) "، مجلة جامعة ذي قار، المجلد ٦، العدد ٢، ٢٠١١.

(٢) هدى حسين علي، "كفاءة توزيع مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الرمادي"، مجلة جامعة الانبار، العدد٤، ٢٠١١.

(٣) امين علي محمد حسن، "الكفاية المكانية للخدمات الصحية في محافظة شبوة الجمهورية اليمنية – دراسة تحليلية في جغرافية الخدمات"، المؤتمر الدولي للجغرافية، جامعة طيبة، المملكة العربية السعودية، ٢٠١٣.

٧- دراسة (الجياشي) الموسومة (تقويم كفاءة الخدمات الصحية العامة في مدينة الخضر)[١]، يهدف البحث الى معرفة واقع الخدمات الصحية العامة في مدينة الخضر وتقييم كفاءتها حسب المعايير التخطيطية، لكن لم يتناول العيادة الشعبية و وحدة الاسعاف الفوري وتقييم كفاءتهم، كما تناول معيار (نسمة/طبيب) (نسمة/طبيب اسنان) و(نسمة/صيدلي) و(طبيب/ذوي المهن الصحية) و(نسمة/ ذوي المهن الصحية) و(نسمة/سرير) فقط ولم يتطرق لبقية المعايير المعتمدة في تقييم الكفاءة، ولم يتناول تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الكوادر العاملة فيها، وقد تناول الباحث سهولة الوصول مستعيناً باستمارة الاستبانة، ولم يستخدم الخرائط، ولم يحدد الحاجة الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية.

٨- دراسة (عبود) الموسومة (التباين المكاني لمؤشرات التنمية الصحية وافاقها المستدامة في محافظة البصرة (دراسة في جغرافية التنمية)[٢]، يهدف البحث الى تحديد واقع التوزيع المكاني للخدمات الصحية في محافظة البصرة ومن ثم تقويم كفاءة ادائها عبر تطبيق مقاييس مؤشرات التنمية البشرية على المؤسسات الصحية والقوى العاملة فيها، فقد ركز على المستشفيات والمراكز الصحية ولم يتناول العيادة الشعبية و وحدة الاسعاف الفوري وتقييم كفاءتهم، كما لم يستخدم الخرائط في تقييم كفاءة المراكز، ولم يتضمن نطاق الخدمة.

٩- دراسة (حمزة) الموسومة (كفاءة خدمات المراكز الصحية في مدينة الحلة (باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية(GIS))[٣]، ركز البحث على دراسة المراكز الصحية في المدينة وكفايتها ولم يتطرق لبقية المؤسسات الاخرى، ولم يستخدم الخرائط في تقييم كفاءة المراكز الصحية، كما تناول نطاق الخدمة المثالي للمراكز الصحية، بينما تضمنت دراستي فضلاً عن نطاق الخدمة، سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات بدلالة الوقت المستغرق للوصول الى الخدمات الصحية حسب المعايير التخطيطية المحلية.

---

(١) يحيى عبد الحسن فليح الجياشي، "تقويم كفاءة الخدمات الصحية العامة في مدينة الخضر"، مجلة البحوث الجغرافية، العدد ١٧ ، ٢٠١٣.

(٢) عادل عبد الامير عبود، "التباين المكاني لمؤشرات التنمية الصحية وافاقها المستدامة في محافظة البصرة (دراسة في جغرافية التنمية) "، مجلة دراسات البصرة، المجلد ١١، العدد ٢١، ٢٠١٦.

(٣) اميرة محمد علي حمزة و رفل حسين نجم، "كفاءة خدمات المراكز الصحية في مدينة الحلة (باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS) "، مجلة كلية التربية، المجلد ١، العدد ٢٨، ٢٠١٧.

١٠- دراسة (السعدي) الموسومة (تقييم كفاءة الخدمات الصحية في محافظة صلاح الدين باستخدام نظم المعلومات الجغرافية GIS)[١]، يهدف البحث الى دراسة واقع الخدمات الصحية في المحافظة وتقييم كفاءتها حسب المعايير المعتمدة، لكنه تناول معيار (نسمة/مستشفى) و(نسمة/سرير) و(نسمة/مركز) فقط ولم يتطرق لبقية المعايير المعتمدة في تقييم الكفاءة، ولم يتناول العيادة الشعبية ووحدة الاسعاف الفوري وتقييم كفاءتها، فيما تناول الباحث نطاق الخدمة المثالي ، بينما تناولت دراستي فضلاً عن نطاق الخدمة سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات بدلالة الوقت المستغرق للوصول الى الخدمات الصحية حسب المعايير التخطيطية المحلية.

١١- دراسة (محمد) الموسومة (كفاءة الخدمات الصحية في ناحية المنصورية دراسة في جغرافية الخدمات)[٢]، يهدف البحث الى التعرف على واقع الخدمات الصحية في ناحية المنصورية وما تعانيه من نقص في كوادرها، فقد ركز البحث على المستشفيات والمراكز الصحية والمفارز والعيادات الخاصة والمختبرات، ولم يتطرق الى العيادة الشعبية ووحدة الاسعاف الفوري وتقييم كفاءتها، كما لم يتناول معيار(نسمة/مستشفى) و(نسمة/سرير) و(مرضى راقدين/طبيب) و(مرضى راقدين/ذوي المهن الصحية) و(نسمة/مركز) في تقييم الكفاءة، ولم يتناول تقييم كفاءة المراكز الصحية حسب الكوادر العاملة فيها، وقد تناول الباحث نطاق الخدمة المثالي ولم يستخدم الخرائط وانما استعان بنتائج الاستبيان، بينما تناولت دراستي فضلاً عن نطاق الخدمة سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات بدلالة الوقت المستغرق للوصول الى الخدمات الصحية حسب المعايير التخطيطية المحلية، لم يحدد الحاجة الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية.

١٢- دراسة (الجياشي) الموسومة (تخطيط الخدمات الصحية في قضاء الخضر باستخدام GIS) [٣]، اهتم البحث بدراسة واقع تخطيط كفاءة الخدمات الصحية في القضاء وفقاً للمعايير

---

(١) سعاد جاسم السعدي وسيف علي الجحيشي، "تقييم كفاءة الخدمات الصحية في محافظة صلاح الدين باستخدام نظم المعلومات الجغرافية"، مجلة القادسية للعلوم الانسانية، المجلد٢١، العدد٤، ٢٠١٨.

(٢) محمد عطيه محمد، "كفاءة الخدمات الصحية في ناحية المنصورية دراسة في جغرافية الخدمات"، مجلة ديالى، العدد ٨٠، ٢٠١٩.

(٣) كفاء عبد لفلوف الجياشي وعلا لطفي محمد، "تخطيط الخدمات الصحية في قضاء الخضر باستخدام GIS"، مجلة القادسية للعلوم الانسانية، المجلد ٢٣، العدد ٣، ٢٠٢٠.

المحلية، فقد تناول توزيع الخدمات الصحية وتقييم كفاءتها، لكنه لم يتناول وحدة الاسعاف الفوري وتقييم كفاءتها، ولم يتناول معيار (مرضى راقدين/طبيب) و(مرضى راقدين/ذوي المهن الصحية) و(سرير/طبيب) و(ممرض/طبيب) و(نسبة اشغال السرير) و(معدل مكوث المريض) في تقييم الكفاءة، كما لم يحدد الحاجة المستقبلية من الخدمات الصحية، ولم يتناول نطاق الخدمة.

١٣- دراسة (محمود) الموسومة (الملائمة المكانية لتوزيع السكان والخدمات الصحية في مدينة الموصل باستخدام ARC&GIS)[١]، يهدف البحث الى ابراز العلاقة المكانية لتوزيع مراكز الخدمات الصحية عبر ربطها بتحليل الكثافة السكنية والحكم عليها فيما اذا كانت تتناسب مع الحجم السكاني للمدينة، لذلك ركز على المراكز الصحية واهمل بقية الخدمات، ولم يتناول تقييم كفاءة الخدمات الصحية، فيما تناول البحث نطاق الخدمة المثالي للمراكز الصحية، بينما تناولت دراستي اضافة للنطاق المثالي سهولة الوصول باستخدام تحليل الشبكات بدلالة الوقت المستغرق للوصول الى الخدمات الصحية حسب المعايير التخطيطية المحلية.

٢- الدراسات السابقة والمشابهة باللغة الانكليزية

أ- الرسائل والإطاريح

١- دراسة (Kalin) الموسومة (Access To and Utilization of Health Services in Rural Bangladesh)[٢]، اهتمت الدراسة بعرض المشاكل التي يعاني منها اغلب السكان في المناطق الريفية مثل طول المسافة التي يقطعونها للحصول على الخدمات الصحية، والفقر والامية وكلفة الخدمات الصحية وانعدام المساواة بين الرجل والمرأة، اذ تشير النتائج الى ان نسبة حصول النساء على الرعاية الصحية في هذه المناطق تصل الى (٥٠%) عن نظرائهن من الذكور.

---

(١) محمد نوح محمود وعلي ابراهيم عاي السبعاوي، "الملائمة المكانية لتوزيع السكان والخدمات الصحية في مدينة الموصل باستخدام ARC&GIS "، مجلة وميض الفكر، العدد الثامن، ٢٠٢٠.

(2) Ylva Kalin, Access To and Utilization of Health Services in Rural Bangladesh, Master Thesis, Lund University , 2011.

٢- **دراسة (Chimezie) الموسومة (A Case Study of Primary Health care Services in Isu- Nigeria)**(١)، حيث تهدف الدراسة الى الاشارة لواقع الخدمات الصحية في المناطق الريفية في ولاية ايسو، وتوصلت الدراسة الى محدودية الحصول على الرعاية الصحية الاولية في هذه الولاية على الرغم من الجهود الوطنية والدولية في تحسين هذه الخدمات، وذلك بسبب عدم كفاية التمويل وضعف الادارة واهمال البنية التحتية للمرافق الصحية، بالإضافة الى جهل السكان واعتماد البعض منهم على المعالجين التقليديين، كما تشير الدراسة الى ضرورة تطوير الخدمات الصحية في هذه الولاية ولاسيما للأطفال الرضع والنساء الحوامل.

٣- **دراسة (Chepkorir) الموسومة (Determi Nants Of Maternal Healthcare Utilization In Rural –Kenya)**(٢)، تهدف بشكل رئيسي الى التحقيق في العوامل المؤثرة في الاستفادة من خدمات رعاية صحة الأم من قبل المرأة الريفية في كينيا، واستخدمت الدراسة المسح الديموغرافي والأسري في كينيا تم تحديدها ثم إجراء الاختبارات اللازمة، واظهرت الدراسة أن عمر الفرد وحجم أفراد الأسرة والتعليم والحالة الاجتماعية تؤدي الى زيادة الاستفادة من الرعاية التي تسبق الولادة وما بعدها، كما أن وسائل الإعلام لها تأثير إيجابي وملحوظ على استخدام الولادة في المستشفيات بين النساء الريفيات.

٤- **دراسة (Wesso) الموسومة (The Perceived Quality of Healthcare Services and Patient Satisfaction in South African Public Hospitals)**(٣)، بحثت الدراسة حالة نظام الرعاية الصحية في جنوب افريقيا والذي يتصف بضعف الاداء نتيجة الامراض المنتشرة مثل الايدز والسل والامراض المعدية الاخرى، فضلا عن ارتفاع معدل الاصابة الناتج عن العنف وارتفاع معدلات وفيات الامهات والاطفال ونقص الكادر الصحي وعم كفاية المعدات الطبية.

---

(1) Raymond Ogu Chimezie, A Case Study of Primary Health care Services in Isu-Nigeria, Doctor of Philosophy, Walden University, 2013

(2) Janet Chepkorir, Determi Nants Of Maternal Healthcare Utilization In Rural – Kenya, School of Economics, University of Nairobi, 2014.

(3) A imee Dorothy Wesso, The Perceived Quality of Healthcare Services and Patient Satisfaction in South African Public Hospitals, Masters Thesis, university of Ljubljana,2014

ب- البحوث

١- دراسة (Eshetu) الموسومة (Spatial Location Based Accessibility Assessment of Healthcare Institutions in Debre Berhan Zurya Woreda, North Shewa Zone, Regional State of Amhara, Ethiopia)(١)، تضمن البحث تقييم الموقع المكاني لعمل المؤسسات الصحية الحالية لإظهار المناطق التي تعاني من نقص الخدمات وتم استخدام تقنيات (GIS) و(GPS)، وتوصلت الدراسة الى ضعف في توزيع المؤسسات الصحية، وعدم وجود البنية التحتية للطرق في المناطق الريفية بسبب طبيعة التضاريس مما أدى إلى تفاقم المشكلة.

٢- دراسة (Chen) الموسومة (A Spatial Distribution Equilibrium Evaluation of Health Service Resources at Community Grid Scale in Yichang, China)(٢)، اعتمد البحث على نطاق الشبكة المجتمعية للخدمة الصحية مستخدماً المعايير المحلية والطرق الاحصائية و(GIS)، وتوصل الى ان متوسط المسافة إلى مجموعة من مقدمي الخدمة أمراً مهماً لقياس إمكانية الوصول إلى الخدمة العامة، يأخذ في الاعتبار كل من المسافة المكانية وتوزيع الخدمات، مما يجعلها مناسبة لتقييم المرافق الصحية.

٩- هيكلية الدراسة

انتظم البحث في اربعة فصول وهي كالاتي:-

الفصل الاول: تناول الاطار النظري والمفاهيمي.

الفصل الثاني: تضمن التوزيع المكاني للسكان والخدمات الصحية ويشمل مبحثين كان الاول منه يتناول توزيع السكان وكثافتهم على مستوى احياء المدينة، أما المبحث الثاني فتضمن التوزيع

---

(1) Wondwossen Mindahun Eshetu, Bedasa Asefa Jinfessa, Spatial Location Based Accessibility Assessment of Healthcare Institutions in Debre Berhan Zurya Woreda, North Shewa Zone, Regional State of Amhara, Ethiopia, Journal of Geosciences and Geomatics, Vol. 7, 2019.

(2) Jingyuan Chen and others, A Spatial Distribution Equilibrium Evaluation of Health Service Resources at Community Grid Scale in Yichang, China, Published research, 2019.

المكاني للخدمات الصحية بأنواعها (مستشفى، مراكز صحية، عيادة شعبية، وحدة الاسعاف الفوري) في مدينة الهندية.

الفصل الثالث: ناقش تقييم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة الهندية واشتمل على مبحثين، بحث الاول الكفاءة العددية للخدمات الصحية، في حين اهتم المبحث الثاني بالكفاءة المساحية.

الفصل الرابع: تمثل بالحاجة الفعلية للخدمات الصحية وتقدير الحجم السكاني للمدينة واحتياجاتها المستقبلية من الخدمات الصحية.

وقد ختمت الدراسة بمجموعة من الاستنتاجات والتوصيات وقائمة للمصادر.

ثانيا: الاطار المفاهيمي

استخدم الباحث العديد من المفاهيم والمصطلحات الجغرافية التي ورد ذكرها في فصول الدراسة والتي يود الباحث إعطاءها بعض التعاريف التي تتلاءم مع هدف الدراسة.

١- الخدمات الصحية (Sanitary Services)

انها جميع الأنشطة المواجهة للحفاظ على صحة الانسان وسلامته من خلال معالجته من الامراض والوقاية منها، وهذا يعني ان الخدمات الصحية تتمثل في جميع الأنشطة التي تعمل على رعاية الانسان والحفاظ على سلامته[١].

كذلك تعني الخدمات المقدمة كافة للوقاية من أخطار الأمراض، وما يعتري ذلك من متطلبات ادارية وفنية وطبية تساهم في الوقاية من المرض، وان المؤسسات الصحية على اختلاف انواعها، كالمراكز الصحية والعيادات الخاصة والمستشفيات، هي المسؤولة عن تلك الخدمات، وللرعاية الصحية وتحسين المستوى الصحي بالغ الاثر، كونه يشكل عاملاً محدداً لنسبة الوفيات في المجتمع فانحسار الامراض والأوبئة يزيد من استقرار معدلات المواليد، مما ينعكس بالتالي على الظروف الاقتصادية والاجتماعية، وذلك دليل على ضرورة المُضّي قُدماً في تحسين اداء الخدمات الصحية[٢].

---

[١] خلف حسين علي الدليمي، تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية اسس – معايير– تقنيات، الطبعة الثانية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٥م، ص١٠٢.

[٢] عبد الرحمن محمد الحسن، الجغرافية الطبية، ط١، جامعة بخت الرضا، ٢٠١٣، ص٢٧٩.

٢- مفهوم الصحة العامة (public Health)

عرفت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) الصحة، بأنها حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض او العجز[١]، فقد اهتم الإنسان بالصحة العامة على مستوى الفرد والمجتمع منذ فجر التاريخ[٢]، لذا تُعرف الصحة العامة بأنها علم وفن حماية الصحة، والوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة (بغرض تحسين وإطالة العمر) من خلال جهود منظمة وخيارات مستنيرة للمجتمع، والمنظمات العامة والخاصة والمجتمعات والأفراد[٣]، اما وزارة الصحة العراقية تعرفها بأنها توفر التأمين الصحي للمجتمع، لضمان تقليل معدلات الامراض وحجم الوفيات، واستدامة المجتمع، وتحسين كفاءته، وتزويد السكان بالخدمة بأفضل كمية ونوعية عبر المؤسسات الصحية[٤]، كما تعرف بانها مزيج من العلوم والمهارات والمعتقدات التي تهدف إلى الحفاظ على صحة جميع الناس وتحسينها من خلال الإجراءات الاجتماعية الجماعية[٥].

٣- المستشفى (Hospital)

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى بانها جزء اساسي من نظام اجتماعي وصحي وظيفته تقديم الرعاية الصحية الكاملة للسكان تشمل الرعاية الوقائية والعلاجية وخدمات العيادات الخاصة والخارجية، كما يكفل المستشفى للمريض مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية، وتعتبر ايضا مركزاً لتدريب العاملين في المجالات الصحية[٦]، كما عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات

---

(١) منال جلال محمد عبد الوهاب، اسس الثقافة الصحية، ط٤، مكتبة السوادي، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٢، ص١٨.

(٢) خلف حسين علي الدليمي، جغرافية الصحة، ط١، دار صفاء، عمان، ٢٠٠٩، ص٢٨.

(٣) جوسيب فيجويراس ومارتن ماكي، النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية، ترجمة تيسير كايد عاصي واخرون، ط١، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، ٢٠١٥، ص٣٣.

(٤) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة الصحة العامة، ورقة عمل النظام الصحي المقترح، محور الرقابة والتقويم، ٢٠٠٨، ص١٨.

(5) Gebrezgi Gidey And Other, Introduction to Public Health, Mekelle University In collaboration with the Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, the Ethiopia Ministry of Health, and the Ethiopia Ministry of Education, 2005, P28.

(٦) بشير ابراهيم الطيف واخرون، خدمات المدن (دراسة في الجغرافيا التنموية) المؤسسة الحديثة للكتاب، لبنان،٢٠٠٩م، ص١٢٦.

المستشفى بأنه مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرّة للتنويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الاطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين[١].

٤- مراكز الرعاية الصحية الاولية (Primary health care centers)

يتمثل مفهوم الرعاية الصحية الأولية كما صورته منظمة الصحة العالمية، على أنها الرعاية الصحية الأساسية او الهامة ميسرة لإفراد المجتمع والأسرة كافة ومعتمدة وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً، ومقبولة اجتماعياً بمشاركة تامة من المجتمع وافراده، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره، وبروح من الاعتماد على النفس، وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد والتي هي نواته ومحورها الرئيسي[٢]، في عام ١٩٥٣ شددت منظمة الصحة العالمية على ضرورة تعزيز الخدمات الصحية الأساسية من خلال إنشاء شبكة من المراكز الصحية والفرعية، قريبة من الناس قدر الإمكان[٣]، وفي عام ١٩٧٧م وضعت منظمة الصحة العالمية والعديد من الدول الخطط والسياسات من اجل تحقيق مستوى مقبول من خدمات الرعاية الصحية الأولية وعقدت المؤتمرات والندوات والدراسات، وكان اشهر هذه المؤتمرات والذي اعتبرت بنوده الطريق لتحقيق الصحة للجميع وبمستوى جيد مؤتمر (ألما آتا) الذي عقد في الاتحاد السوفيتي عام ١٩٧٨م[٤]، واتخذ شعار (الرعاية الصحية للجميع) هدفاً تسعى لتحقيقه جميع الحكومات والمؤسسات الدولية[٥]، وقد عرف المؤتمر الرعاية الصحية الأولية، بأنها الرعاية الأساسية التي تتاح عالميا لأفراد المجتمعات بطرق واساليب يقبلونها ويقدرون تحمل تكاليفها[٦]، **ان** الحصول على الرعاية الصحية هو حق من حقوق الفرد العراقي وقد

---

[١] صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، ط١ ، دار الفكر، عمّان، ٢٠٠٩، ص٣٢.

[٢] صلاح محمود ذياب، المصدر السابق، ص٥٧.

[3] Riyadh Kareem Abbood, Primary Health Care Programs Learner's Guide, First Edition, 2018, p 1.

[٤] صلاح محمود ذياب، ادارة خدمات الرعاية الصحية، ط١ ، دار الفكر، عمّان، ٢٠١٠، ص١٧٨.

[٥] محمد مدحت جابر وفاتن محمد البنا، دراسات في الجغرافية الطبية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٤، ص٢٧٣.

[٦] صلاح محمود ذياب، ادارة خدمات الرعاية الصحية، مصدر سابق، ص١٧٨.

كفلها له الدستور[*]، لذا يتم بذل الجهود لتعزيز الرعاية الصحية الأولية وتسهيل إيصالها إلى الفقراء[1]، عبر تقديم الخدمات الصحية الأولية كمعالجة اصابات الحوادث وتقديم الاسعافات الأولية، والقيام بحملات تطعيم الاطفال ضد الامراض المختلفة ورعاية الحوامل، فضلاً عن رعاية الامومة وخدمات الصحة المدرسية والصحة البيئية والتثقيف الصحي، وتقديم الخدمات العلاجية لطلبة المدارس، اما الحالات المستعصية فيتم نقلها الى المستشفيات الرئيسة.

٥- النظام الصحي (Health System)

هو المجموع المتماسك للمكونات العديدة المترابطة داخل القطاع الصحي والقطاعات الاخرى والمجتمع نفسه، والتي تنتج تأثيرا مجمعا على صحة السكان، ومن اهم خصائص النظام الصحي السليم، ان يتكون من اجزاء متناسقة من الخدمات الموجهة لمواقع التأثير المستهدفة وتشمل صحة الفرد وصحة المجتمع واجهزة تقديم الخدمات[2]، ان النظم الصحية قابلة للتكيف – فهي تتغير وفقًا للبيئة المحلية غالبًا بسبب التحولات الديموغرافية والاتجاهات الوبائية وتوافر الموارد وبدء حالات الطوارئ، ومع تحرك النظم الصحية نحو الخدمات الصحية التي تركز على الناس، يلزم اتباع نهج شامل لتحسين جودة الخدمات المقدمة.

٦- سياسة تقديم خدمات الرعاية الصحية (هيكلية النظام الصحي)

١- المستويات الإداريات لتقديم الخدمات الصحية

لتقديم الخدمات الصحية ثلاثة مستويات ادارية هي[3]:

---

[*] نص الدستور العراقي النافذ لعام ٢٠٠٥ على الحق في الصحة، حيث نصت المادة (٣١) منه على (اولاً: لكل عراقي الحق في الرعاية الصحية، وتعنى الدولة بالصحة العامة، وتكفل وسائل الوقاية والعلاج بأنشاء المستشفيات والمؤسسات الصحية.

[1] جمهورية العراق، وزارة الصحة، الاستراتيجية الوطنية للوقاية والسيطرة على الأمراض غير الانتقالية، ٢٠١٣ ص٢.

[2] مرزوق يوسف الغنيم وبهيجة اسماعيل البهبهاني، الثقافة الصحية، ط١، ذات السلاسل، الكويت، ١٩٩٧، ص٥٩.

[3] منظمة الصحة العالمية (W.H.O)، طب وصحة المجتمع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق المتوسط ، ٢٠١١، ص٤٠٠.

أ. المستوى المركزي (وزارة الصحة): وتتلخص وظائف هذا المستوى في الدراسات والبحوث، التخطيط، والبرمجة، والتقييم، وتوفير الموارد، والتدريب، واقتراح التشريعات المتعلقة بالصحة، والتنسيق مع القطاعات الاخرى، والعلاقات الدولية في المجال الصحي.

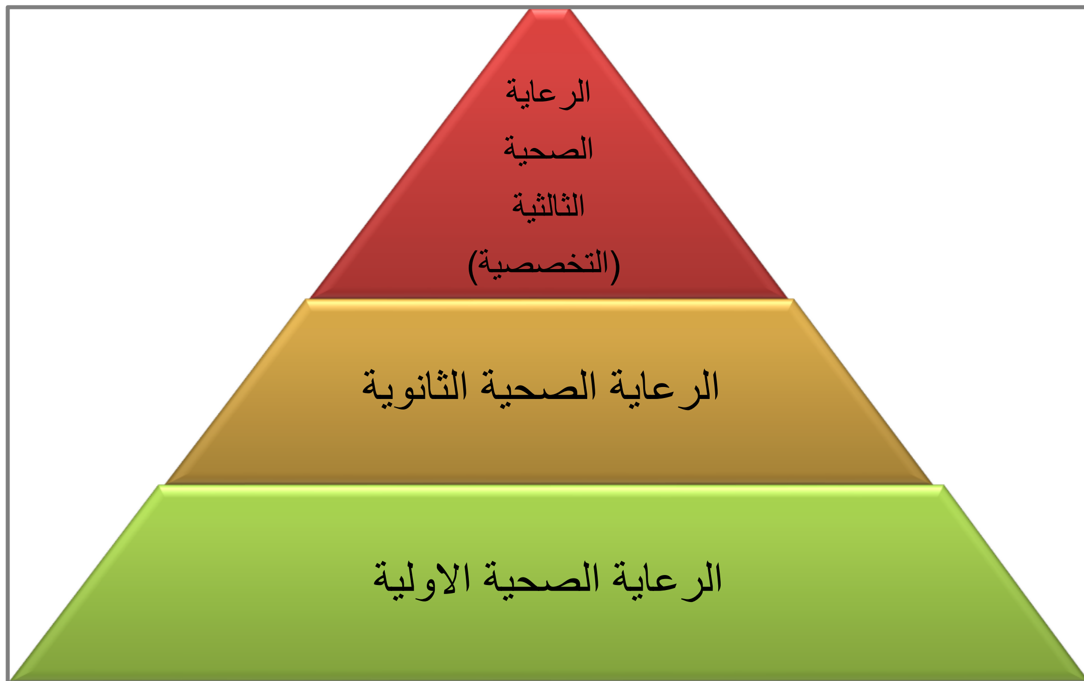
ب. المستوى الاوسط (مديريات الصحة): وتتلخص وظائفه في تحليل الوضع المحلي وتحديد المشكلات الصحية في المنطقة وتكوين صلة الوصل بين المستوى المركزي والمستوى المحلي.

ج. المستوى المحلي (الطرفي): وهو عبارة عن وحدات التشغيل وتقديم الخدمات الصحية.

٢- المستويات الصحية لتقديم خدمات الرعاية الصحية

يقوم النظام الصحي الوطني على ثلاثة مستويات رئيسة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، وهي (الاولية والثانوية والثالثية)، والتوجه نحو نموذج صحة الاسرة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، ويتضمن كل مستوى خدمات رعاية صحية، وقائية وتشخيصية وعلاجية وتأهيلية للمستفيدين من المرضى وذوي الاحتياجات الخاصة وحسب حزمة خدماته، وان يتكامل النظام الصحي عبر تطبيق نظام احالة رصين ما بين تلك المستويات[1]، شكل (١).

شكل (١) مستويات خدمات الرعاية الصحية الاولية



المصدر: من عمل الباحث.

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، ٢٠١٤، ص١٨.

يتم توزيع المؤسسات الخاصة بتلك الخدمات في جميع أرجاء البلاد، إذ تمارس تلك المؤسسات عملها بشكل متدرج ومكمل لبعضه، حيث توجد مؤسسات تشخيصية أولية تتولى تحديد نوع المرض ومعالجة الحالات البسيطة، وأخرى مؤسسات متكاملة تتوفر فيها كل متطلبات التشخيص والعلاج، وأخرى متوسطة بين النوعين وعليه تتوزع تلك المؤسسات كما يأتي(١):

أ. الرعاية الصحية الاولية Primary Health Care

بصورة عامة تركز هذه المراكز على الحاجات الصحية للأفراد والعائلات، حيث تقدم جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية(٢)، ومن وجهة نظر المريض، تعد حلقة الوصل الاولى بالرعاية الصحية، كما توفر الرعاية الطبية الاولية على الاقل ٨٠% من الرعاية الضرورية وتشتمل على عدد كبير من الخدمات الشاملة والتي تقدم في مركز الخدمة او عن طريق الاحالة وتضم تعزيز الصحة والوقاية من المرض والخدمات العلاجية(٣)، ولابد ان توفر خدمات خاصة بتحسين التغذية، وصحة البيئة، ورعاية الامومة والطفولة، واللقاحات، وتوعية وتربية صحية للمشاكل الصحية السائدة في المجتمع بما يمسى بالتثقيف الصحي(*)، وعلاج مناسب للأمراض المنتشرة والحوادث وتوفير الادوية الاساسية المناسبة لذلك، ولهذا المستوى من الاهمية الكبيرة ذلك لان غالبية الحالات المرضية في هذا المستوى لا تتطلب خدمات الأطباء الاختصاص، وعليه تقليل تدفق المرضى على مستشفيات المستويات الثانوية والثالثية وتخفيف الازدحام عنها.

ب. الرعاية الصحية الثانوية Secondary Health Care

تقدم الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والطارئة (حيث يتم التعامل مع الحالات المرضية المحولة من مراكز الرعاية الاولية والعيادات الطبية الشعبية والعيادات الخاصة)، وهي

---

(١) خلف حسين علي الدليمي، تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية اسس – معايير – تقنيات، مصدر سابق، ص١٠٥.

(٢) جمهورية العراق، وزارة الصحة، حقيبة الخدمات الصحية الأساسية للعراق، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩، ص١٢.

(٣) بيرنارد تيرنك، الصحة ماهي وكيف تعمل، ترجمة فهد بن عتيق العتيق، ط٢، معهد الادارة العامة، الرياض، ٢٠٠٤، ص١٦٢.

(*) التثقيف الصحي: عملية تربوية تتكون من إعطاء معلومات صحيحة مؤثرة لفرد او لمجموعة من الافراد تحظى بالقبول والاقناع، وتنعكس على العادات والسلوك، فتسهم في رفع المستوى الصحي، بخلق الدافع القوي للوقاية او العلاج عند الضرورة، وذلك باستخدام اساليب تثقيفية مناسبة، ينظر: نجيب الكيلاني، التثقيف الصحي للطلاب وافراد المجتمع، ط١، دار الصحوة، القاهرة، ٢٠١٣، ص٥.

خدمات متوسطة او ما يعرف بخدمات الاخصائيين العامين مثل اخصائي الطب العام، والجراحة العامة، واخصائي امراض النساء، والتوليد، والاطفال، اطباء المختبر، والأشعة والعلاج الطبيعي، ويجري تقديم خدمات الرعاية الطبية هنا عبر العيادات الخارجية او الاقسام الداخلية في المستشفى[١]، وهذا المستوى يخدم الجزء الاكبر من نسبة الـ ٢٠% المتبقية من الحاجات التي تقع خارج نطاق الرعاية الاولية[٢].

ج. الرعاية الصحية الثالثية (التخصصية) Care Specialest Health (Theartury)

تشمل جميع الخدمات الطبية العلاجية والجراحية التي تقدم للمرضى في المستشفيات في مجالات الطب التخصصي الدقيق[٣]، والرعاية الصحية في هذا المستوى هي رعاية تخصصية تقوم على نظام الاحالة من مؤسسات الرعاية الصحية الثانوية وتتطلب مرافق وقوى عاملة عالية التخصص[٤].

٣- حزمة خدمات الرعاية الصحية الاساسية

تطور وتحدث وزارة الصحة حزمة خدمات الرعاية الصحية الاساسية وعلى مستويات تقديم الخدمة الثلاثة، ومنها الامراض الانتقالية وغير الانتقالية والصحة الانجابية والصحة النفسية والطوارئ وغيرها، وضمن المبادئ الموجهة للسياسة الصحية الوطنية وباعتماد نهج صحة الاسرة في تقديم خدمات الرعاية في المراكز الصحية، تعمل وزارة الصحة على تطوير معايير وادلة العمل، والبروتوكولات العلاجية الخاصة بخدمات الرعاية في المستويات الثلاثة، والتركيز على الخدمات الثالثية، وإعادة النظر في توزيع مؤسساتها وخدماتها المقدمة[٥]، مخطط (١)، لذا فأن وزارة الصحة تعمل على اتاحة الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة لكافة أفراد المجتمع وبأعلى مستوى من الجودة وباستثمار الموارد المتاحة بكفاءة، عبر التوجه نحو مزيد من اللامركزية في إدارة القطاع الصحي وتعزيز الدور الاشرافي للوزارة واشراك أصحاب المصلحة[٦].

---

[١] فريد توفيق نصيرات، ادارة منظمات الرعاية الصحية، ط١، دار المسيرة، عمان، ٢٠٠٨، ص٧٤.

[٢] بيرنارد تيرنك، مصدر سابق، ص١٦٣.

[٣] صلاح محمود ذياب، ادارة خدمات الرعاية الصحية، مصدر سابق، ص١٧١.

[٤] بيرنارد تيرنك، مصدر سابق، ص١٦٣.

[٥] جمهورية العراق، وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، ٢٠١٤، ص١٩.

[٦] جمهورية العراق، وزارة التخطيط، التقرير الطوعي الأول حول أهداف التنمية المستدامة (انتصار إرادة وطن)،٢٠١٩، ص٣٧.

مخطط (١) دوائر واقسام وزارة الصحة



المصدر : إعداد الباحث بالاعتماد على موقع وزارة الصحة.

٧- مميزات الرعاية الصحية الاولية

تشتمل الرعاية الصحية الاولية على مميزات، شكل(٢)، واهمها ما يأتي:-

١- تواجد الخدمات:

يشير مفهوم الخدمات الى الكفاية الكمية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد المشمولين بهذه الخدمات، حيث تعرف الكفاية هنا بالكم الذي يتم معه تلبية الحاجات، ويتم قياس تواجد الخدمة عادة بمفاهيم كمية على شكل نسب بين عدد السكان في منطقة الخدمة وعدد المؤسسات والعناصر البشرية المهنية التي تقدم الخدمات للسكان في المنطقة المحددة وهذه النسب على سبيل المثال، نسبة عدد الاطباء والاسرّة والممرضات والصيادلة وغيرهم لكل الف من السكان، ونسبة عدد السكان لكل مركز صحي ومستشفى[١].

٢- سهولة منال الخدمة:

يعني ان يستطيع المواطنين الوصول الى هذه الخدمات بسهولة ويسر، وفي الوقت نفسه الوصول الى الخدمات من حيث التكلفة، اي ان يكون لدى الافراد القدرة المالية على تغطية تكاليف حصولهم على الخدمات الصحية[٢]، لذا يجب أن يوفر مثل هذا النظام الخدمات التي تلبي الاحتياجات الحالية والمستقبلية، بحيث يمكن لجميع الأفراد الوصول إليها بشكل منصف[٣].

٣- الشمولية:

يتضمن مفهوم الشمولية على توفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة، بحيث تغطي هذه الخدمات المدى الكامل للرعاية الطبية لجميع السكان وبمختلف المناطق الجغرافية وعلى جميع الفترات الزمنية[٤]، كما يتطلب تحقيق هذا المفهوم عدم اقتصار خدمات الرعاية الطبية على ما يقدمه الاطباء من خدمات بل لابد ان تشمل الخدمات الصحية كافة التي يمكن تقديمها وتوفيرها في ضوء الامكانات المتاحة.

---

[١] فريد توفيق نصيرات، مصدر سابق، ص٧٥.

[٢] صلاح محمود ذياب، ادارة خدمات الرعاية الصحية، مصدر سابق، ص١٧٣.

[3] Bandar Fuad Khashoggi and Abdulkader Murad, Issues of Healthcare Planning and GIS: A Review, International Journal of Geo-Information, vol 9, 352, p7.

[٤] فريد توفيق نصيرات، مصدر سابق، ص٧٥.

٤- الاستمرارية:

إن فهم الناس والسياق الذي يعيشون فيه ليس مهماً في تقديم استجابة شاملة تركز على الشخص فحسب، بل إنه مهم أيضاً لتهيئة الظروف لاستمرارية الرعاية، حيث أن الرعاية ينبغي ألا تقتصر على الوقت الذي يستشير فيه المريض مقدم الرعاية، بل يجب ان تستمر إلى أن تُحل المشكلة أو تختفي المخاطر التي تبرر المتابعة. وقد تعتمد استمرارية الرعاية الصحية على ضمان استمرارية المعلومات مع تقدم الناس في السن، وعندما ينتقلون من محل إقامة إلى آخر.

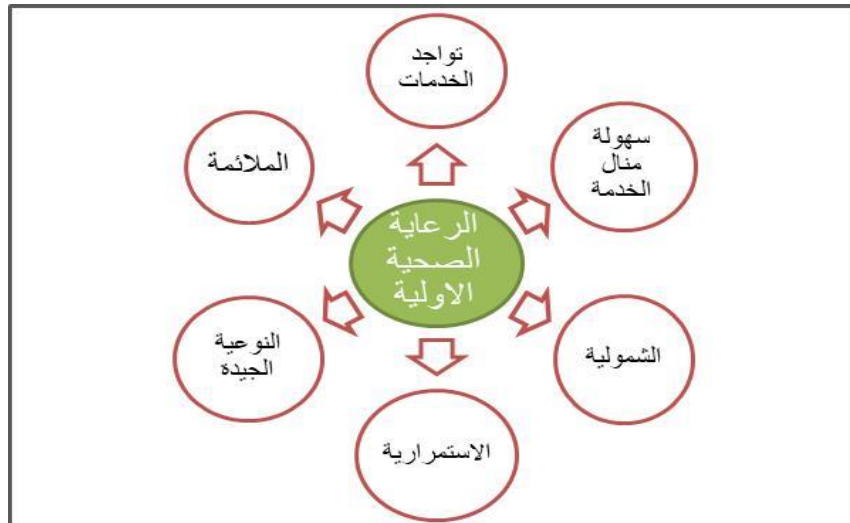
٥- النوعية جيدة:

تعني تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية لكي تحقق رضى المرضى خاصة والمواطنين عامة، وهذا يعتمد على كفاءة استخدام الموارد المتاحة في القطاع الصحي، وعلى الجوانب المعرفية والتكنلوجية المتاحة للرعاية الطبية، بالإضافة الى سلوكيات مزودي الخدمات وطريقة تعاملهم مع المستفيدين من الخدمات الصحية، وهذا يهدف الى الارتقاء بنوعية الخدمات الى افضل مستوى ممكن[١].

٥- الملائمة:

بمعنى تتناسب الخدمات الصحية مع كافة المتغيرات البيئية والظروف الخاصة بتلك الدولة[٢].

شكل (٢) مميزات الرعاية الصحية الاولية



المصدر: من عمل الباحث.

---

[١] فريد توفيق نصيرات، مصدر سابق، ص٨١.

[٢] صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، مصدر سابق، ص٥٧.

٨- تصنيف مراكز الرعاية الصحية الاولية

تعتمد وزارة الصحة تصنيف المراكز الصحية الى (رئيسي وفرعي)، وهناك فعاليات اخرى تقوم بها بعض المراكز الصحية الرئيسية فضلاً عن واجباتها وتنفيذ الفعاليات التدريبية، او تقديم خدمات الطوارئ، وعلى هذا الاساس يمكن تحديد انواع المراكز الصحية كما يأتي:-

١. المراكز الصحية الرئيسة:

وهي المراكز التي تقوم بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، ويوجد فيها موظفون كالأطباء والممرضات والقابلات والمختبر والصيدلي، ويتراوح عدد السكان الذين تقدم لهم الخدمات من ١٠٠٠٠ - ٣٠٠٠٠ نسمة، وتوفر مجموعة واسعة من الخدمات الوقائية والعلاجية بما في ذلك بعض الحالات المعقدة نوعا ما، والحالات الصعبة لأمراض الطفولة، وقد تشمل هذه المراكز على صالات ولادة وردهة طوارئ (خدمات طوارئ الباطنية والجراحية البسيطة والتوليد)، بالإضافة الى وحدة التدريب، لممارسة الأنشطة والفعاليات التدريبية، وذلك للارتقاء بكفاءة ومستوى الخدمات الصحية من خلال تدريب الملاكات الطبية والتمريضية والملاكات الاخرى، وغيرها من الخدمات، وتشمل الخدمات ما يأتي[١]:-

أ. خدمات رعاية الام والطفل.

ب. خدمات التحصين.

ج. السيطرة على الامراض الانتقالية.

د. السيطرة على الامراض غير الانتقالية.

هـ. خدمات الصحة النفسية.

و. خدمات الصحة المدرسية.

ز. خدمات الطوارئ.

ح. خدمات طب الاسنان.

ط. الخدمات المختبرية والتشخيصية الاخرى.

ي. الخدمات العلاجية (الدوائية الأساسية).

---

[١] جمهورية العراق، وزارة الصحة، دليل مراكز الرعاية الصحية الاولية، دائرة الصحة العامة، ٢٠٠٩، ص٢.

٢. المراكز الصحية الفرعية:

تخلو مراكز الرعاية الصحية الأولية الفرعية من اطباء، فهي تدار بواسطة العاملين المدربين في المهن الطبية المساعدة، ويقدمون الخدمات الى ١٠٠٠ الى ٣٠٠٠ نسمة من السكان، وتقوم بتقديم الخدمات الوقائية والخدمات العلاجية الأساسية والإجراءات التشخيصية البسيطة، وتشمل ما يأتي[١]:-

أ. خدمات صحة الأم والطفل.
ب. المساعدة في الولادة الطبيعية.
ج. إعلام وتثقيف واتّصالات.
د. أنشطة التحصين.
هـ. الخدمات العلاجية.
و. بعض الأدوية الأساسية.
ز. بعض الخدمات المختبرية.

٣. المنازل المجتمعية الصحية:-

تقدم مجموعة من الخدمات هي[٢]:

أ. تقديم الخدمات الصحية والعلاجية البسيطة.
ب. متابعه صحة الام والطفل.
ج. التوعية حول جدول اللقاحات ضمن الرقعة الجغرافية.
د. صرف الأدوية.
هـ. زرق الابر والتداوي والضماد للحالات البسيطة.
و. التثقيف الصحي.
ز. قياس الضغط والتوعية بأهمية الغذاء الآمن.

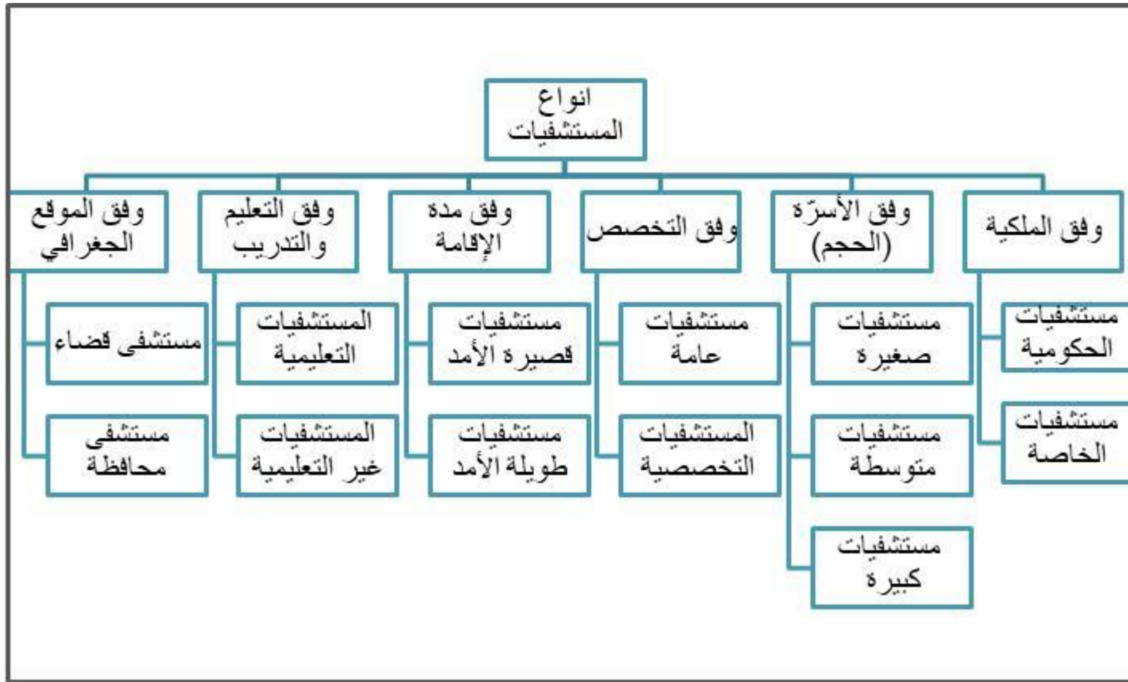
٩- تصنيف المستشفيات يمكن تصنيف المستشفيات الى عدة مجموعات وفقا لمعايير مختلفة مثل الملكية، وعدد الأسرّة (الحجم)، والتخصص، ومتوسط مدة اقامة المريض، **و**التعليم والتدريب، وحسب الموقع الجغرافي، كما يبين مخطط (٢)، وهي كما يأتي:-

---

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، حقيبة الخدمات الصحية الأساسية للعراق، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩، ص٢١.

(٢) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

مخطط (٢) تصنيف المستشفيات



المصدر: من عمل الباحث.

اولاً: تصنيف المستشفيات تبعاً للملكية

وفقاً لمعيار الملكية تُقسم المستشفيات الى قسمين[١]:

١. المستشفيات الحكومية: تضم كل المستشفيات التي تقوم الحكومة بإدارتها وتمويلها والإشراف على عملها، بشكل عام معظم مستشفيات الحكومة تكون كبيرة الحجم وتقدم خدماتها للأفراد بشكل مجاني وأعدادها اكبر من المستشفيات الخاصة في اغلب بلدان العالم، وتنقسم هذه المستشفيات على مجموعتين وفقا لأحقية العلاج بها:

أ. مستشفيات حكومية تقدم خدماتها لجميع المواطنين، في ظل نظام الخدمة الصحية، مثل مستشفيات الوزارة، وهذا النوع موجود في مدينة الهندية.

ب. مستشفيات حكومية تقدم خدماتها لفئة معينة من المواطنين، مثل المستشفيات العسكرية، وهذا النوع غير موجود في مدينة الهندية.

٢. المستشفيات الخاصة: وتصنف الى:

أ. المستشفيات الهادف الى تحقيق الربح: وهي المستشفيات التي تعمل وفقا للمعايير التجارية من اجل زيادة ايراداتها بالمقارنة مع تكاليفها بما يمكنها من تحقيق الربح وزيادته بشكل دائم.

(١) حنان محمود مخيبر، إدارة المستشفيات، المركز العربي للتعريب، دمشق، ٢٠١٠، ص٩.

ب. المستشفيات غير الهادفة لتحقيق الربح (الخيرية) تهدف هذه المستشفيات بشكل اساسي الى المساهمة في تقديم خدمات الرعاية الطبية للأفراد بدون التركيز على هدف الربحية، وتحصل هذه المستشفيات على مساهمات وتبرعات ماليه من اطراف خارجية (أفراد، جمعيات خيرية وغيرها)، تساعدها في تغطية تكاليفها والاستمرار في دورها الاجتماعي، وهذا التصنيف غير موجود في مدينة الهندية.

ثانياً: تصنيف المستشفيات تبعاً لعدد الأسرّة (الحجم)

تختلف بعض المستشفيات عن بعضها الاخر من حيث قدرتها الاستيعابية السريرية، اي عدد اسرة المرضى فيها، ويمكن تبع لهذا المعيار التمييز بين ثلاثة انواع من المستشفيات هي[١]:

١. مستشفيات صغيرة الحجم: وهي غالبا محلية، اي تخدم تجمعات سكنية قليلة، وتضم حتى ١٠٠ سرير. تركز هذه المستشفيات على تقديم التخصصات الصحية الأساسية مثل الامراض الباطنية، الجراحة العامة، خدمات رعاية الأمومة والطفولة.
٢. مستشفيات متوسطة الحجم: وتخدم عادة تجمعات سكنية متوسطة، مثل الضواحي وتتراوح السعة السريرية لهذه المستشفيات ما بين ١٠٠ الى ٥٠٠ سرير.
٣. مستشفيات كبيرة الحجم او المستشفيات العامة تُقدم خدمات الرعاية الصحية لمناطق سكانية كبيرة، وتحتوي هذه المستشفيات عادة على خدمات تخصصية لا يستطيع توفيرها اغلب المستشفيات السابق ذكرها، حيث تضم اكثر من ٥٠٠ سرير، وهذا التصنيف غير موجود في مدينة الهندية.

ثالثاً: تصنيف المستشفيات على أساس التخصص

تُقسم المستشفيات على اساس التخصص على نوعين[٢]:

١. مستشفيات عامة: وهي تلك المستشفيات التي تقدم الخدمات والتخصصات الطبيات (الثانوية) جراحة عامة، الباطنية، النسائية والتوليد والاطفال، وكذلك خدمات الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة الى الخدمات التخصصية الثالثية كجراحة العيون والقلب والعظام ...الخ. ويمكن ان يقدم هذا النوع من المستشفيات أيضاً من خدمات رعاية طويلة الامد، وخدمات طب الاسنان، وهذا النوع يتوفر في مدينة الهندية.

---

[١] حنان محمود مخيبر، المصدر السابق، ص١٠.

[٢] صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، مصدر سابق، ص٢١٠.

٢. المستشفيات التخصصية: وهي تلك المستشفيات التي تقدم تخصص معين فقط، كأن يكون هذا المستشفى متخصص في مجال العيون، القلب، او الاطفال، او التوليد والنسائية وهذا النوع غير موجود في مدينة الهندية.

رابعاً: تصنيف المستشفيات تبعاً لمتوسط مدة الإقامة

تتفاوت مدة اقامة المريض في المستشفى تبعاً لعوامل كثيرة، ولهذا يتم تصنيف المستشفيات حسب متوسط مدة إقامة المريض فيها الى:

١. مستشفيات ذات عناية قصيرة: تضم هذه المجموعة كل المستشفيات التي تكون متوسط مدة إقامة المريض فيها حتى ثلاثين يوماً، مثل غالبية المستشفيات العامة ومستشفيات الولادة ومستشفيات الاطفال.

٢. مستشفيات ذات عناية طويلة: وهي مجموعة المستشفيات التي تكون متوسط مدة إقامة المريض فيها اكثر من ثلاثين يوماً، مثل مستشفيات الصحة النفسية ومستشفيات رعاية المسنين، وهذا التصنيف غير موجود في مدينة الهندية.

خامساً: تصنيف المستشفيات على اساس التعليم والتدريب

تُقسم المستشفيات على اساس التعليم والتدريب الى نوعين من المستشفيات هي:

١. المستشفيات التعليمية: وهي تلك المستشفيات التي يتم فيها تطبيق برامج الإقامة والتدريب والتعليم، وتتوفر في هذه المستشفيات الامكانيات البشرية والمادية والتكنولوجية التي تساعد وتسهم في تعليم طلبة كليات الطب والتمريض والمهن الطبية المساعدة وتدريبهم، وفي الغالب تكون كبيرة الحجم وتحتوي على جميع التخصصات الطبية، بالإضافة الى توفر اجهزة والمعدات والمختبرات التي تساعد في التعليم والتدريب، فضلاً عن قاعات للمحاضرات، ووسائل تعليمية وتدريبية، ومختبرات لغايات البحث العلمي والتجارب والدراسات الإحصائية الحيوية.

٢. مستشفيات غير تعليمية: وهي تلك المستشفيات التي لا يتوفر فيها الامكانيات المادية والبشرية والتكنولوجية لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض والمهن الطبية الاخرى، وتمتاز بصغر الحجم ومحدودية التخصصات المتوفرة، وتركز على تقديم خدمات طبية رئيسية في مجال الجراحة والتوليد، والباطنية، والاطفال، وليست مهيئة لاستقبال الطلبة والمتدربين، ويكون موقع هذه المستشفيات في المدن الفرعية والمناطق قليلة الكثافة السكانية، وهذا التصنيف غير موجود في مدينة الهندية.

سادساً: تصنيف المستشفيات على اسس جغرافية

يتم تقسيم المستشفيات حسب موقعها الجغرافي الى مستشفيات على مستوى المحافظة او مستوى اللواء او مستوى القضاء او حسب التقسيمات الإدارية لتلك الدولة، وعليه فان التقسيم الاداري يؤدي دوراً كبيراً في تسمية هذا النوع من المستشفيات[١].

١٠- فئات العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية[٢]:

١. الاطباء (طب عام، طب اختصاص (اطفال، نسائية، عيون، عظام، ...الخ)، طب اسنان).
٢. المساندون (القابلة القانونية، الهيئة التمريضية، مراقبو الصحة، مرشد اجتماعي، مستشار اسري).
٣. الفنيون (فنيو أشعة، فنيو أسنان، فنيو علاج طبيعي وتأهيل).
٤. الهيئة الإدارية وهي الهيئة المراقبة ذات العلاقة المباشرة مع وزاره الصحة.

١١- المعايير المعتمدة في تقييم كفاءة الخدمات الصحية

تختلف معايير تقديم الخدمات الصحية من دولة الى اخرى، بل وتختلف في كثير من الاحيان في الدولة نفسها، وذلك بسبب المستوى الاقتصادي والاجتماعي والحضاري للدولة، وبهدف الاستثمار الامثل للموارد المتاحة في اي مكان، لابد من تحقيق التوازن بين ما هو متاح من هذه الموارد وبين حاجات السكان الى هذه الموارد بما يساهم في تحقيق التنمية المكانية في المنطقة[٣]، وبذلك لابد من توقيع الخدمات الصحية وفق معايير سكانية ومكانية، لذا استخدمت الدراسة مجموعة من المعايير المحلية المعتمدة للكشف عن مدى كفاءة الخدمات الصحية في المدينة ومستوى الاداء الوظيفي لها، جدول (١) وجدول(٢).

[١] صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، مصدر سابق، ص٢١١.

[٢] زين حسن بدران وايمن سليمان مزاهرة، الرعاية الصحية الاولية، ط١، دار المسيرة، عمان، ٢٠٠٩، ص١٦.

[٣] محمد عزيز الخزامي، دراسة تطبيقية في نظم المعلومات الجغرافية، دار العلم، ط١، الكويت، ٢٠٠٧، ص١٨.

جدول(١) المعايير المعتمدة محلياً في قياس كفاءة الخدمات الصحية

مؤشرات المعيار	المعيار المحلي
سكان / مستشفى	٥٠٠٠٠ نسمة/١
سكان / سرير	٥٠٠ نسمة /١
سكان / طبيب	١٠٠٠ نسمة /١
سكان / طبيب اسنان	٢٠٠٠ نسمة /١
سكان / صيدلي	٢٠٠٠٠ نسمة /١
سكان / ذوي المهن الصحية	٤٠٠-٥٠٠ /١
سكان / مختبر	٢٥٠٠ نسمة /١
سكان / ممرض	٥٠٠ نسمة /١
ذوي المهن الصحية / طبيب	٣ /١
عدد المرضى الراقدين / طبيب	٢٠ /١
عدد المرضى الراقدين / ذوي المهن الصحية	٦ /١
سرير / ممرض	٣ /١
سرير / طبيب	٤ /١
ممرض/ طبيب	٣/١
سرير / ذوي المهن الصحية	٣ /١
نسبة اشغال السرير	٨٠-٩٠%

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على:

١- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، مديرية تخطيط كربلاء، شعبة الدراسات والتخطيط، دراسة التباين المكاني للخدمات الصحية في محافظة كربلاء المقدسة، ٢٠١٤، ص٨٢.

٣- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، مديرية تخطيط كربلاء، شعبة الدراسات والتخطيط، (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

٢- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قسم التخطيط وتنمية الموارد، شعبة السياسات والتخطيط الصحي، (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٣- كراس معايير ومقاييس الخدمات، مشروع تقدم (تعزيز الحوكمة) بالتعاون مع الوكالة الامريكية للتنمية، ٢٠١٣، ص٢٩-٣٠.

جدول (٢) المعايير المعتمدة محلياً في قياس كفاءة المراكز الصحية الاولية

مؤشرات المعيار	المعيار المحلي
نسمة / مركز صحي	١٠٠٠٠ نسمة/١
نسمة / طبيب	١٠٠٠٠ نسمة /٢
نسمة / طبيب اسنان	١٠٠٠٠ نسمة /١
نسمة / صيدلي	٢٠٠٠٠ نسمة / ١
نسمة / المهن الصحية	١٠٠٠٠ نسمة / ٨
نسمة / ممرض	١٠٠٠٠ نسمة / ٢

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، شعبة إدارة الجودة الشاملة والتطوير المؤسسي (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

من خلال ما استعرض في هذا الفصل الذي يبين مستويات الخدمات الصحية، يتبادر السؤال التالي كيف تتوزع الخدمات الصحية في مدينة الهندية؟ والإجابة عن هذا السؤال سوف تكون في الفصل اللاحق.

الفصل الثاني

التوزيع المكاني للسكان

والخدمات الصحية في مدينة الهندية

المبحث الاول

توزيع السكان وكثافتهم في منطقة الدراسة

اولاً : توزيع السكان

التوزيع هو نقطة البداية الضرورية لدراسة أي ظاهرة جغرافية، وان الجغرافية لا تدرس التوزيع المكاني لذاته، ولا تدرس العلاقات لذاتها، فلا تركز على الظاهرات التوزيعية التي تملأ المكان (الاقليم)، او العلاقة البيئية التي تسوده، ولكنها تركز على المكان نفسه (الاقليم)، وعلى البنية المكانية التي تتحدد بتلك الظاهرات الموزعة في المكان، او العلاقة البيئية، ونتاج هذا الترابط والتفاعل والتكامل بين الظاهرات داخل اطار المكان هو موضوع الجغرافية[١].

كان الانسان وما زال الهدف الاساسي لجميع عمليات التخطيط بمستوياتها القومية والإقليمية والمحلية كافة[٢]، لذلك تزايد الاهتمام بدراسة حركة السكان وعواملها لما لذلك من اهمية كبرى في التخطيط الاقليمي والعمراني[٣]، وذلك لان السكان في اي جزء من العالم يشكلون عصب القوه البشرية اللازمة للدفاع عن سياده الوطن ولإدارة اجهزة الانتاج الاخرى[٤].

ان حجم السكان له البصمة الرئيسة على تحديد مكونات المدينة ومن ثم التخطيط العام لها ولهذا فمن المهم دراسة اعداد السكان ونموهم وتوزيعهم لما لهذا من اثر هام على تخطيطها[٥]، لذا يهتم دارس السكان بمعرفة حجم السكان في مساحة محدده[٦]، وذلك بهدف تحليل صورة التوزيع السكاني في الدولة او في الاقليم او المحافظة او حتى المركز الاداري، وذلك لان توزيع السكان لا يتوزع بانتظام في المجتمعات المختلفة، ويرتبط ذلك بعدد من العوامل الطبيعية والاقتصادية والاجتماعية والتي يختلف كل منها في اهميته النسبية من مكان لأخر[٧]، فيلاحظ إن هناك مناطق

---

[١] صفوح خير، الجغرافية موضوعها ومناهجها واهدافها، دار الفكر، دمشق، ط١ ، ٢٠٠٠، ص٥٠.

[٢] عاطف حمزة حسن، تخطيط المدن اسلوب ومراحل، مطابع قطر الوطنية، قطر، ١٩٩٢، ص٨١.

[٣] فتحي محمد ابو عيانة، جغرافية السكان اسس وتطبيقات، ط٤، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣، ص٢٥.

[٤] صبري فارس الهيتي وحسن ابو سمور، جغرافية في الوطن العربي، ط١، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ١٩٩٩، ص١٢٣.

[٥] عاطف حمزة حسن، مصدر سابق، ص٨٢.

[٦] عمر محمد علي محمد، الجغرافية البشرية الاسس والاتجاهات الحديثة والمعاصرة، ط١، دار الوفاء، الإسكندرية، ٢٠١٥، ص١٠٥.

[٧] فتحي محمد ابو عيانة، جغرافية السكان، ط٥ ، دار النهضة العربية، بيروت، ٢٠٠٠، ص٣٩.

تتركز فيها أعداد كبيره من السكان بينما يقل هذا التركز في مناطق أخرى، وتوجد هناك علاقة طردية بين توزيع السكان والخدمات الصحية حيث كلما قل حجم السكان في المنطقة السكنية ساهم ذلك في تقليل الضغط على المؤسسات الصحية ومن ثم تحسين الوضع الصحي وانخفاض الامراض والأوبئة التي تنتشر بسبب التجمعات السكانية الكبيرة.

بناءً على ما تقدم يمكن دراسة التوزيع السكاني ونسبهم لمدينة الهندية بغية تحديد الصورة التي يتوزع بموجبها، فهو يوضح نسبة السكان لمساحة معينة من الارض من المجموع الكلي للسكان، ويكشف هذا التوزيع التباين المكاني في توزيع السكان من خلال اختلاف النسب المئوية، إذ بلغ عدد سكان المدينة (١١٤٨٤٠) نسمة، ومن خلال جدول (٣)، والخريطة (٢)، يتضح إن السكان قد توزعّوا على (٢٤) حياً سكنياً، ولكن بنسب متباينة من منطقة لأخرى بسبب اختلاف العوامل الاقتصادية والاجتماعية، وفقاً إلى الفئات الآتية:-

١- اقليم التوزيع الكثيف جداً:-

تتراوح هذه الفئة بين (١٢,١-٧,٤%)، اعطت نسبة (٣٧,٤٣%) من مجموع سكان المدينة اي اكثر من ثلث حجم السكان، وقد شملت الأحياء السكنية المنطوية تحت هذه الفئة (٤) أحياء، وهي (الجمعية، الحسين١، العامل١، السلام)، بنسبة (١٢,١، ١٠,٠، ٨,٠، ٧,٤%) على التوالي، لتمثل اعلى حجم سكان في المدينة.

٢- اقليم التوزيع الكثيف:-

تراوحت هذه الفئة بين (٥,٢-٣,٦%)، وتمثلت بـ(٨) أحياء سكنية، بنسبة (٣٣,٣٥%) من مجموع سكان المدينة، وهي ثلث أجمالي حجم السكان، وتشمل أحياء (المصطفى، الصناعة، العسكري، الكص الجنوبي، الرياض، العامل٢، الشهداء، محرم عيشة)، أي بنسبة (٥,٢، ٤,٨، ٤,٦، ٤,١، ٣,٩، ٣,٧، ٣,٦، ٣,٦%) على التوالي.

٣- اقليم التوزيع المتوسط:-

تتراوح هذه الفئة بين (٣,٤-٢,٤%)، وتضم (٩) إحياء سكنية، بنسبة (٢٥,٢٧%) من مجموع سكان المدينة، وهي ما يقارب ربع حجم سكان المدينة، شملت احياء (الزهراء، الحسين٢، الكص الشمالي، سيد حسين، شيخ حمزة، الضباط، ابو عزيز، دور الحجر، المثنى)، أي بنسبة (٣,٤، ٣,٤، ٢,٩، ٢,٨، ٢,٨، ٢,٧، ٢,٦، ٢,٥، ٢,٤%) على التوالي.

٤- اقليم التوزيع المنخفض:-

تراوحت هذه الفئة بين (١,٨-٠,٩%)، وقد تمثلت بثلاثة أحياء، بنسبة (٣,٩٤%) من مجموع سكان المدينة، مما جعلها تمثل اقل الاحياء سكانا في المدينة، وهي (الكردي، الطنبي، القزاونة)، أي بنسبة (١,٨، ١,٣، ٠,٩%) على التوالي، لتمثل اقل حجم سكان في المدينة.

جدول (٣) توزيع السكان ونسبهم في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠.

اسم الحي	عدد السكان	النسبة %	الفئة
الجمعية	١٣٨٤١	١٢,١	اقليم التوزيع الكثيف جداً
الحسين١	١١٥٠٧	١٠,٠	
العامل ١	٩١٤٦	٨,٠	
السلام	٨٤٩١	٧,٤	
المصطفى	٦٠٠٩	٥,٢	اقليم التوزيع الكثيف
الصناعة	٥٤٦٠	٤,٨	
العسكري	٥٢٩٣	٤,٦	
الكص الجنوبي	٤٦٥٠	٤,١	
الرياض	٤٤٥٠	٣,٩	
العامل٢	٤٢١٠	٣,٧	
الشهداء	٤١٢١	٣,٦	
محرم عيشة	٤١١٠	٣,٦	
الزهراء	٣٩١٤	٣,٤	اقليم التوزيع المتوسط
الحسين٢	٣٨٦٤	٣,٤	
الكص الشمالي	٣٢٩٩	٢,٩	
سيد حسين	٣١٩١	٢,٨	
شيخ حمزة	٣١٥٤	٢,٨	
الضباط	٣٠٦٠	٢,٧	
ابو عزيز	٣٠٠٣	٢,٦	
دور الحجر	٢٨٣٣	٢,٥	
المثنى	٢٧٠٥	٢,٤	
الكردي	٢٠٦٢	١,٨	اقليم التوزيع المنخفض
الطنبي	١٤٥٠	١,٣	
القزاونة	١٠١٧	٠,٩	
المجموع	١١٤٨٤٠	%١٠٠	

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على:

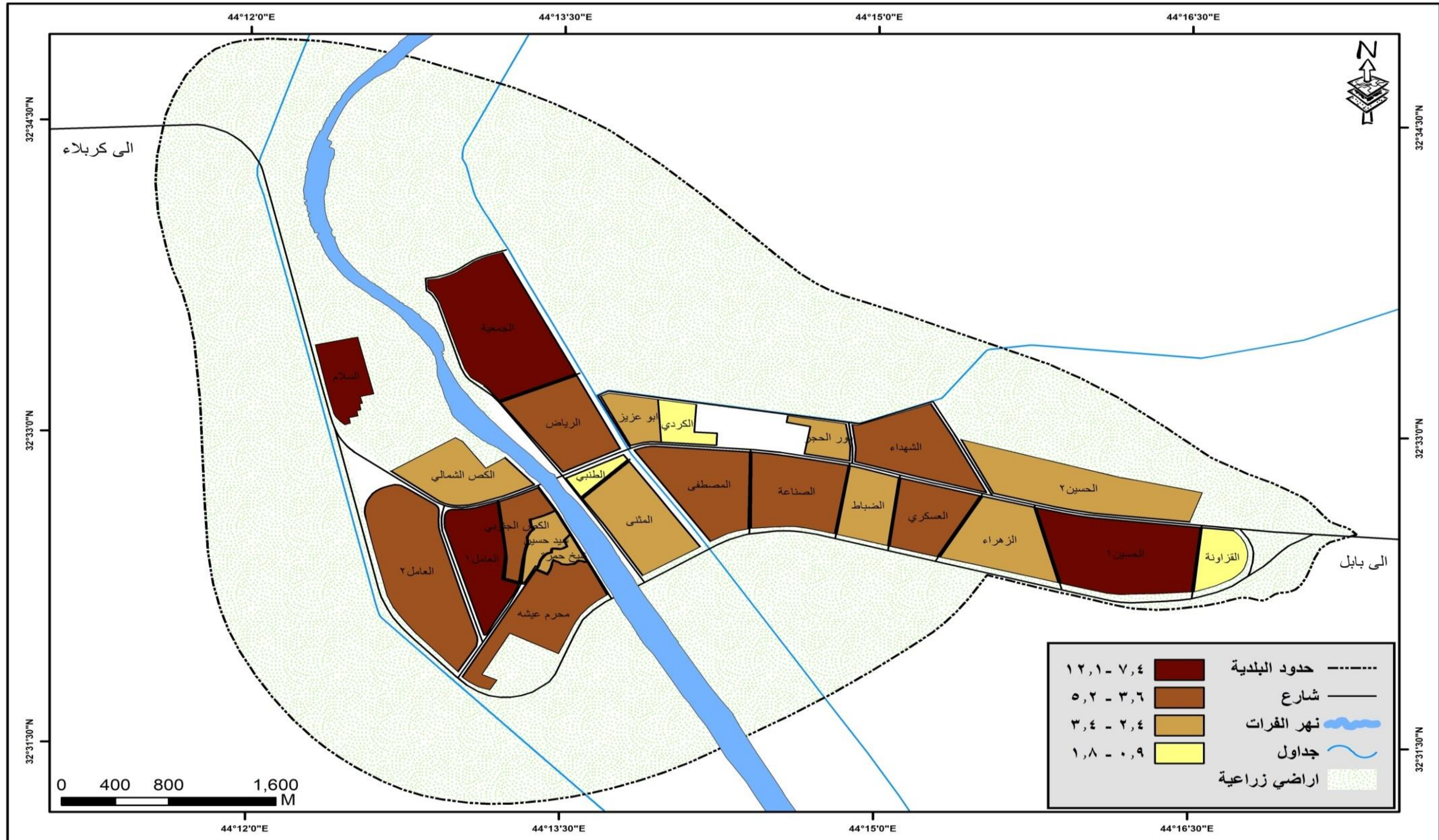
١ – جمهورية العراق، وزارة التجارة، الشركة العامة لتجارة المواد الغذائية، البطاقة التموينية، مركز تموين محافظة كربلاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٢– الدراسة الميدانية التي توصل لها الباحث من خلال دائرة صحة كربلاء، قطاع الهندية، قسم الزائر الصحي في المراكز الصحية (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٣– المجلس المحلي لمدينة الهندية، لجنة المخاتير (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٤– خريطة التصميم الاساس، ص٦.

خريطة (٢) توزيع السكان ونسبهم في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: اعداد الباحث بالاعتماد على:-

١- خريطة التصميم الاساس، ص٦.

٢- بيانات جدول (٣).

ثانياً : الكثافة السكانية

تعدّ كثافة السكان احد المقاييس المهمة لدرجة تركز السكان على سطح الارض[١]، والكثافة السكانية[*] هي عبارة عن العلاقة بين المساحة الكلية وبين عدد السكان[٢]، وتم أول استخدام للعلاقة بين عدد السكان والمكان (الكثافة) في لندن سنة ١٨٣٣، قام به سكروب G.P. Scrope[٣]، وقد استخدمت كثافة السكان في عام ١٨٧٣ في ايرلندا لتقرير مسار خط حديدي كان يجري مده مما يعطي فكرة اولية عن اهمية دراسة الكثافة[٤].

يمكن ان تحدد الخدمات الصحية (نوعها- حجمها- ومعيار قياس كفاءتها) على أساس الكثافة السكانية، ولهذا تعد ذات أهمية كبيرة في الخدمات الصحية، وهي أيضا مفيدة في عملية التخطيط لإقامة المشاريع المستقبلية مقارنة مع الكثافة السكانية المتوقعة في المستقبل، ولغرض التعبير المنطقي عن طبيعة العلاقة بين السكان ومساحة ارض المدينة، والتي يتضح من خلالها علاقة توزيع السكان بتوزيع الخدمات الصحية في الاحياء السكنية، لذا تطلب دراسة الكثافة السكانية للمدينة، ومن خلال الجدول (٤) والخريطة (٣) يتضح ما يأتي:

١- اقليم الكثافة السكانية العالية جداً

تراوحت الكثافة السكانية لهذا الاقليم بين (٣٩٤-٦٥٢) نسمة/هكتار، حيث يضم حي شيخ حمزة بكثافة بلغت (٦٥٢) نسمة/هكتار، وقد ضم أعلى كثافة سكانية في المدينة، وجاءت هذه الكثافة نتيجة التركز السكاني العالي على مساحة هذا الحي بالشكل الذي لا يتناسب مع مساحته، ولان الحي يمثل نواة المدينة القديمة، لذلك يمتاز بمساحته الصغيرة وسكانه المرتفع.

٢- اقليم الكثافة السكانية العالية.

تراوحت كثافة هذا الاقليم بين (٢١٣-٣٩٣) نسمة/هكتار، يشمل هذا الاقليم سبعة احياء وهي (السلام، سيد حسين، الكص الجنوبي، العامل١، دور الحجر، الطنبي)، وقد تباينت هذه

---

(١) حسام الدين جاد الرب، الجغرافية البشرية، ط١، منتدى مكتبة الاسكندرية، مصر ، ٢٠١٠، ص١١٣.

(*) الكثافة السكانية = $\frac{\text{جملة عدد السكان في منطقة ما}}{\text{المساحة الكلية لهذه المنطقة}}$

ينظر :- فتحي محمد أبو عيانة، مشكلات السكان في الوطن العربي، ط١، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر، ١٩٨٦، ص٣٨.

(٢) فتحي محمد ابو عيانة، جغرافية السكان، مصدر سابق، ص٤٤.

(٣) عباس فاضل السعدي، المفصل في جغرافية السكان، ج١، مؤسسة الوراق، الاردن، ٢٠١٤، ص٩٤.

(٤) احمد علي اسماعيل، اسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، ط٨، دار الثقافة، القاهرة، ١٩٩٧، ص٢٠١.

الاحياء فيما بينها، فكانت اعلاها في حي السلام بكثافة بلغت (٣٩٣) نسمة/هكتار، واقلها في حي الطنبي بكثافة بلغت (٢٣٣) نسمة/هكتار.

جدول (٤) الكثافة العامة لسكان مدينة الهندية حسب الاحياء لسنة ٢٠٢٠.

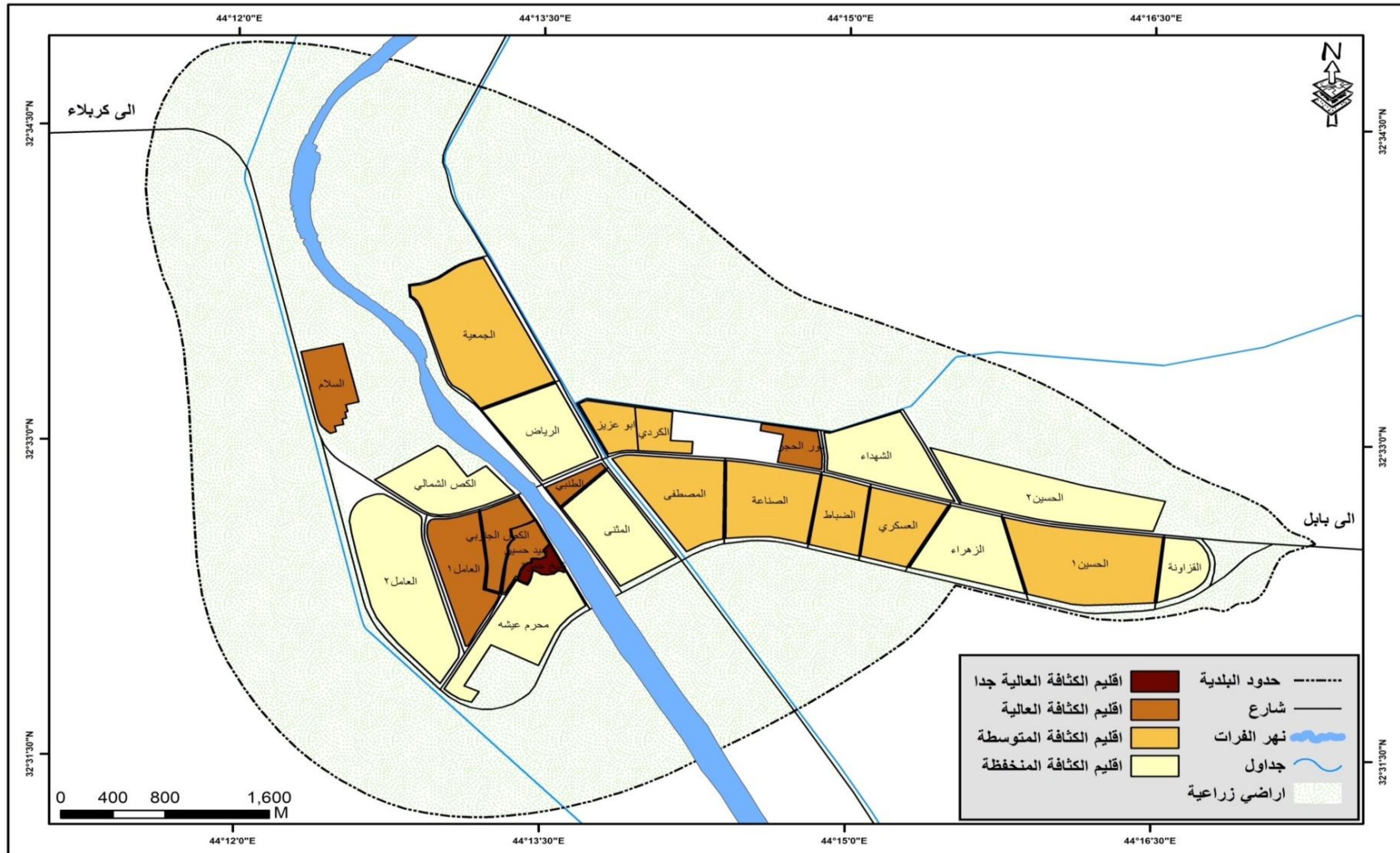
الحي السكني	الكثافة السكانية شخص/هكتار	الاقاليم
شيخ حمزة	٦٥٢	اقليم الكثافة العالية جداً
السلام	٣٩٣	اقليم الكثافة العالية
سيد حسين	٣٠١	
الكص الجنوبي	٢٩٢	
العامل ١	٢٥٨	
دور الحجر	٢٥٥	
الطنبي	٢٣٣	
ابو عزيز	٢١٢	اقليم الكثافة المتوسطة
الكردي	١٧٧	
العسكري	١٧٦	
الجمعية	١٧٣	
الحسين ١	١٦٥	
المصطفى	١٣١	
الضباط	١٢٨	
الصناعة	١٢٧	
الرياض	١٠٩	اقليم الكثافة المنخفضة
الزهراء	٩٨	
الشهداء	٩٦	
الكص الشمالي	٩٥	
محرم عيشة	٩١	
المثنى	٦٤	
الحسين ٢	٦٤	
القزاونة	٦١	
العامل ٢	٥٥	

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على:

١- بيانات جدول (٣).

٢- برنامج (ArcGis.10.7.1).

خريطة (٣) اقاليم الكثافة السكانية العامة لمدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠



المصدر: اعداد الباحث بالاعتماد على:-

١- خريطة التصميم الاساس، ص٦.

٢- بيانات جدول (٢).

٣- اقليم الكثافة السكانية المتوسطة.

تتراوح الكثافة السكانية في هذا الإقليم من (١١٠-٢١٢) نسمة/هكتار، ويتضمن هذا الاقليم ستة من الاحياء السكنية المتمثلة بـ (ابو عزيز، الكردي، العسكري، الجمعية، الحسين١، المصطفى، الضباط، الصناعة)، وتباينت هذه الاحياء فيما بينها، فكانت اعلاها في حي ابو عزيز بكثافة بلغت (٢١٢) نسمة/هكتار، واقلها في حي الصناعة بكثافة بلغت (١٢٧) نسمة/هكتار، حيث تكافأت نسبة كثافة هذا الاقليم نوعاً ما، مما يدل على وجود توازن نسبي بين حجم السكان ومساحة الاحياء.

٤- اقليم الكثافة السكانية المنخفضة.

يتميز هذا الاقليم بكثافة سكانية منخفضة في الاحياء إلى ادني مستوى لها، إذ تراوحت بين (٥٥-١٠٩) نسمة/هكتار، وضم عشرة احياء وهي (الرياض، الزهراء، الشهداء، الكص الشمالي، محرم عيشة، المثنى، الحسين٢، القزاونة، العامل٢)، تباينت هذه الاحياء فيما بينها من حيث الكثافة، فكانت اعلاها في حي الرياض بكثافة بلغت (١٠٩) نسمة/هكتار، واقلها في حي العامل٢ بكثافة بلغت (٥٥) نسمة/هكتار، وتعد هذه الاحياء من الاحياء الحديثة والتي تقع في اطراف المدينة، حيث امتازت بمساحتها الواسعة وانخفاض عدد سكانها مقارنة بالأحياء الاخرى.

المبحث الثاني

التوزيع المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية

ان التوزيع المكاني للظاهرات هو الصورة او المحصلة النهائية لمجموعة من العلاقات القائمة بين الظاهرات المختلفة، بمعنى دراسة العلاقات المختلفة بين اوجه استخدام المكان، ونسب ذلك الاستخدام من ناحية، وبين وظائف السكان وحاجاتهم من ناحية اخرى[1].

لذا عنيّ الجغرافيون بدراسة التوزيعات المكانية ومواقعها على سطح الأرض، فقد كان اهتمامهم الاساسي تحليل التوزيع المكاني للظاهرة موضع البحث، مع ايضاح التباين في التوزيع مع ربط هذا التوزيع بظواهر اخرى جغرافية[2]، فتهتم الدراسات المكانية بدراسة التوزيع المكاني للخدمات الصحية من خلال بعدين، الاول يرتبط بالإمكانات المادية المرتبطة بالمنشآت الصحية، ويرتبط الاخر بالإمكانات البشرية المتعلقة بالقوى العاملة في المجال الصحي.

لذلك يقوم الجغرافي بتحليل توزيع مواقع الخدمات الصحية وفق عدد السكان وعوامل الاستفادة من هذه الخدمات، بشكل يضمن تحقيق اكبر قدر ممكن من الكفاية والكفاءة لمواقع المرافق الصحية، وفي اخر عقدين ازداد الاهتمام باختيار مواقع واماكن توطين هذه المرافق نظراً لأهمية ذلك[3]، لذا سوف يتم استعراض التوزيع المكاني للمؤسسات الصحية في مدينة الهندية وانواعها وكوادرها وكيفية توزيعها، وتتمثل بما يأتي:

اولا : مستشفى الهندية العام

مستشفى الهندية العام هي المستشفى الوحيد في القضاء، وتقع في الجزء الشمالي الشرقي من مركز مدينة الهندية في حي الرياض، صورة (١)، خريطة (٤)، وتم تأسيسها في عام ١٩٨٧م، وتشغل مساحة كلية تبلغ (٢٠٠٠٠م^2)، والمساحة الواقعة تحت البناء تبلغ (١٢٥٠٠م^2)، و(٤٠٠٠م^2) حدائق[4]، يحتوي المستشفى على اسرة للرقود والبالغ عددها الكلي (٢٧١) ومن

---

(١) صفوح خير، مصدر سابق، ص٣٤٣.

(٢) فايز محمد العيسوي، خرائط التوزيعات البشرية اسس وتطبيقات، ط٣، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٧، ص٢٥.

(٣) عثمان محمد غنيم، تخطيط الخدمات والمرافق الاجتماعية من منظور عمراني، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٣م ، ص٤٣.

(٤) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، القسم الفني، بيانات خاصة بالمستشفى (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

ضمنها (٣٢) سرير خاص بردهة الحياة، وتجدر الإشارة إلى إن المستشفى ذو بعد اقليمي لأنها تقدم خدماتها لسكان المدينة كافة وتمتد خدماتها الى سكان القضاء، بالإضافة الى قضاء الجدول الغربي بحجم سكان يبلغ (٢٧٥٥٧٣)[١]، وتمتد كذلك الى الحدود الادارية لمدينة كربلاء وناحية السدة وقضاء المسيب، فقد بلغ عدد المراجعين للمستشفى خلال عام ٢٠٢٠م (٦٨٩٠٦) مراجعاً سنوياً[*]، وبمعدل(٥٧٤٢) مراجعاً شهرياً، جدول (٥)، بينما يبلغ عدد المرضى الراقدين لنفس العام (١٥٣١٦) مريضاً راقداً لأقسام المستشفى كافة وبمعدل (١٢٧٦) مريضاً شهرياً.

صورة (١) مستشفى الهندية العام لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: التقطت من قبل الباحث اثناء الدراسة الميدانية في تاريخ يوم الاربعاء ٢٠٢٠/١٢/٨م، الساعة ١١:٠١٥ص.

جدول (٥) التوزيع المكاني لمستشفى الهندية العام لسنة ٢٠٢٠.

اسم المؤسسة	الموقع	الرقعة الجغرافية المخدومة	مساحة المستشفى/م٢	مساحة البناء/م٢	مساحة الحدائق/م٢	عدد الاسرة	عدد السكان المخدومين	عدد المراجعين السنوي	عدد المراجعين الشهري
مستشفى الهندية العام	حي الرياض	٢٧٥٥٧٣	٢٠٠٠٠	١٢٥٠٠	٤٠٠٠	٢٧١	٢٧٥٥٧٣	٦٨٩٠٦	٥٧٤٢

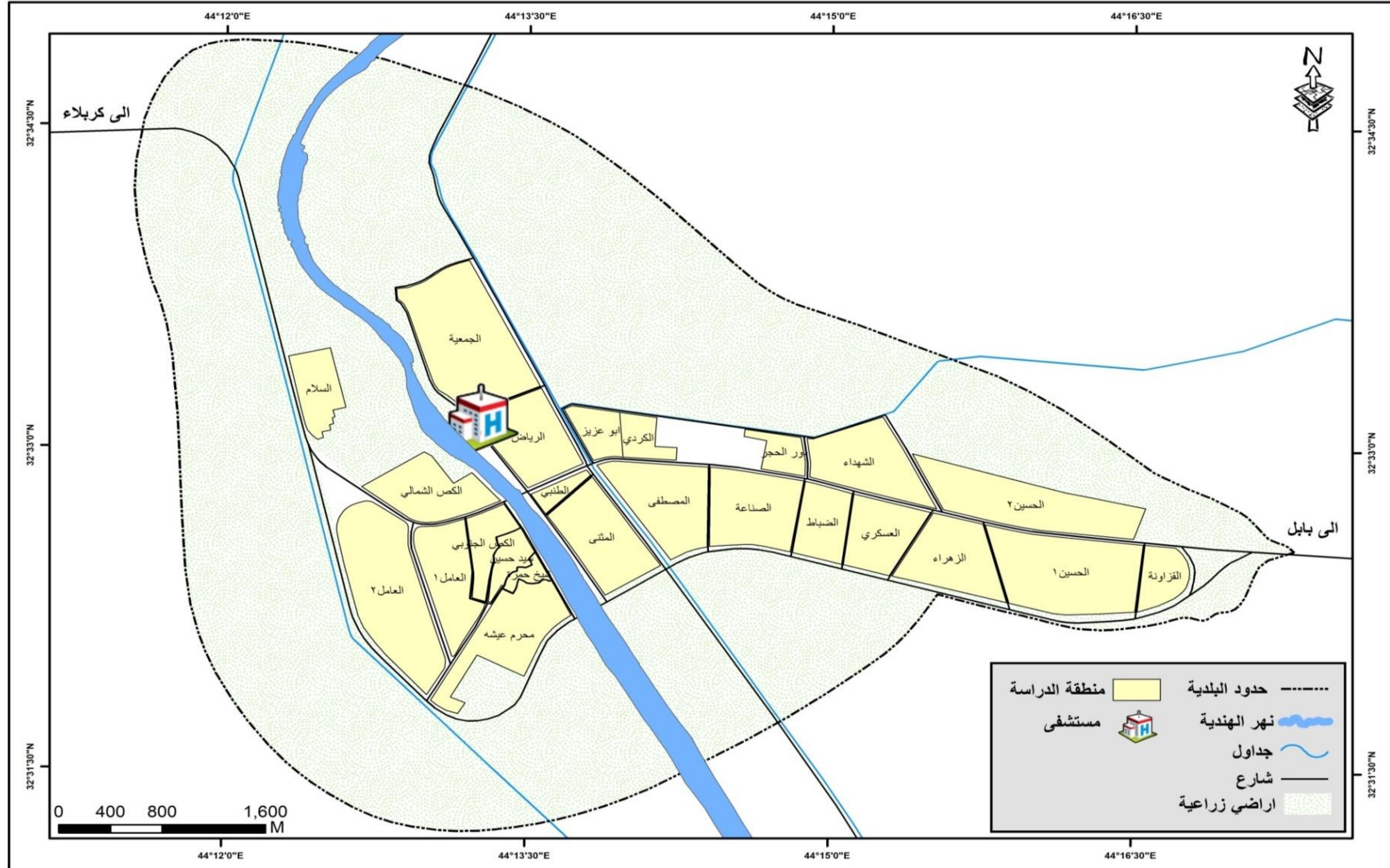
المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠

(١) جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، مديرية احصاء كربلاء، تقديرات سكان العراق (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

(*) علما ان عدد المراجعين السنوي خلال فترة الدراسة انخفض بسب جائحة كورونا، اذ تم اغلاق اغلب اقسام المستشفى وتخوف السكان من مراجعة هذا المرفق الصحي.

خريطة (٤) موقع مستشفى الهندية العام من المدينة



المصدر/ اعداد الباحث بالاعتماد على:-

١- خريطة التصميم الاساس، ص٦.

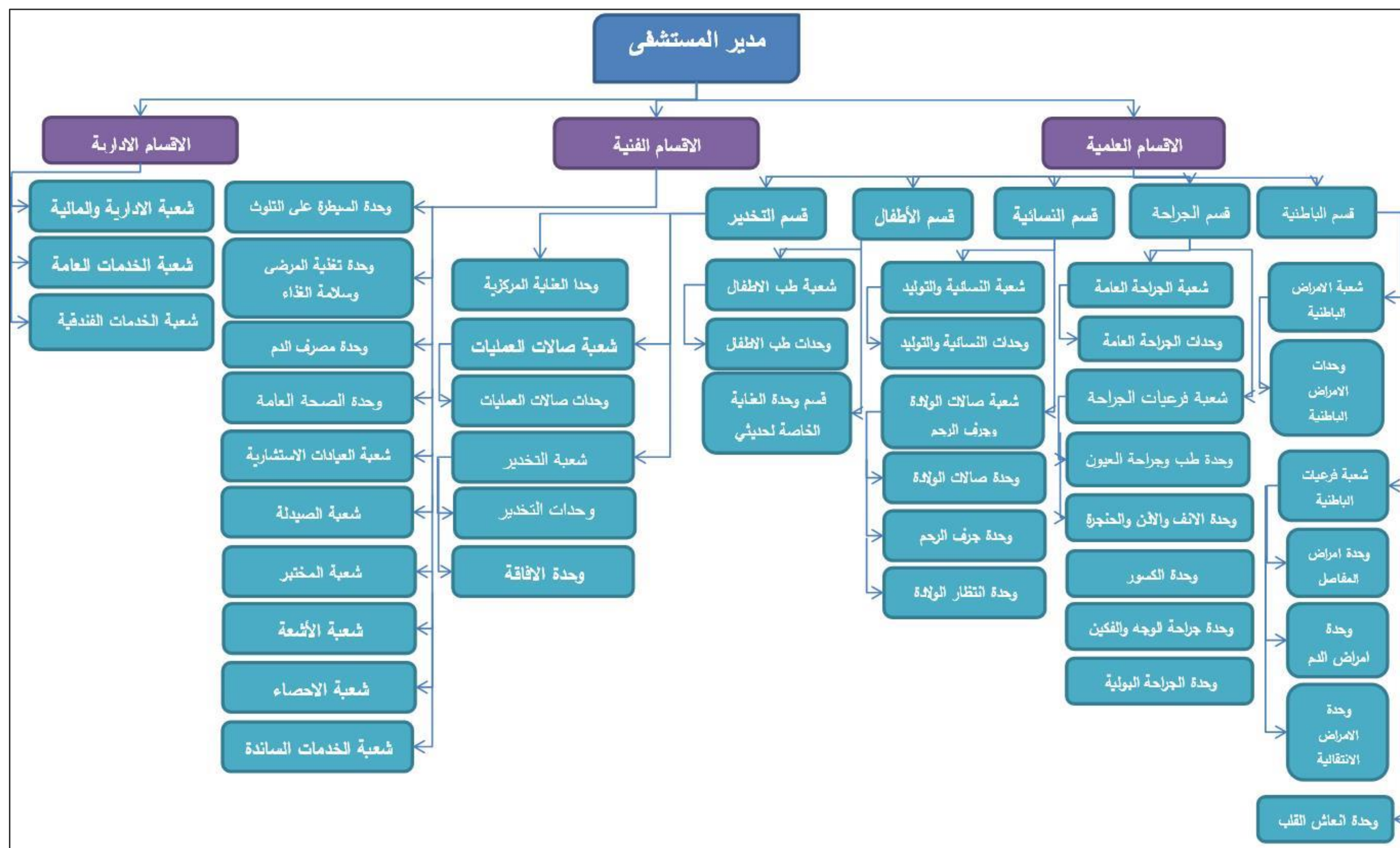
٢- الصورة الفضائية لمدينة الهندية، قمر Worldview-1، ٢٠١٧.

يتألف المستشفى من عدة ابنية، يضم البناء الرئيس الأقسام او الاختصاصات الطبية للمستشفى مخطط (٣)، كقسم الباطنية يتضمن {شعبة الامراض الباطنية وتضم (وحدات الامراض الباطنية)، وشعبة فرعيات الباطنية وتضم (وحدة امراض المفاصل، وحدة امراض الكلى، وحدة امراض الدم، وحدة الامراض الانتقالية، وحدة انعاش القلب) وقسم الجراحة العامة، ويتضمن (شعبة الجراحة العامة، وتضم (وحدات الجراحة العامة)، وشعبة فرعيات الجراحة العامة، حيث تضم (وحدة طب وجراحة العيون، وحدة الأنف والأذن والحنجرة، وحدة الكسور، وحدة جراحة الوجه والفكين، وحدة الجراحة البولية)، وقسم النسائية والتوليد ويضم (شعبة النسائية والتوليد، وتضم (وحدات النسائية والتوليد)، وشعبة صالات الولادة وجرف الرحم، وتضم (وحدة صالات الولادة، وحدة جرف الرحم، وحدة انتظار الولادة))، وقسم الأطفال حيث يضم (شعبة طب الاطفال، حيث تضم بدورها (وحدات طب الاطفال)، و وحدة العناية الخاصة لحديثي الولادة)، وقسم التخدير ويضم (شعبة التخدير وتتكون من (وحدات التخدير، وحدات الإفاقة) وشعبة صالات العمليات وتضم (وحدات صالات العمليات)، وحدتا العناية المركزية)، فضلاً عن القسم الفني والذي يضم (وحدة السيطرة على التلوث في المستشفى، وحدة تغذية المرضى وسلامة الغذاء، وحدة مصرف الدم، وحدة الصحة العامة، بالإضافة الى شعب العيادات الاستشارية، شعبة الصيدلة، شعبة المختبر، شعبة الأشعة، شعبة الإحصاء، شعبة الخدمات الساندة)، اما القسم الاداري فيضم (الشعبة الادارية والمالية، شعبة الخدمات العامة، شعبة الخدمات الفندقية)، فضلا عن بناية العناية المركزية وشعبة الأشعة والرنين المغناطيسي والمفراس والبناية المتعلقة بالشؤون الإدارية ووحدة الصيانة، وهناك ابنية اخرى تتمثل بناية العيادة الاستشارية الخارجية وبناية الطوارئ ودورها هو استقبال الحالات التي تتطلب إسعافات أولية سريعة ضمن الطوارئ او الحالات المرضية المحالة إليها ضمن نظام الإحالة من المراكز الرعاية الصحية الأولية ويتحدد على أساس الحالة تحويل المراجعين كمرضى راقدين في المستشفى أو تشخيص الحالة ومعالجتها آنياً، فضلاً عن بناية الجناح الخاص وبناية الحياة الثالثة(*).

(*) افتتحت العتبة العباسية المقدسة بناية الحياة الثالثة في مستشفى الهندية العام في (٢٦ نيسان ٢٠٢٠م) حيث تمكنت كوادر العتبة العباسية خلال ٢٤ يوم من اكمال هذه البناية، وأُقيمت على مساحةٍ تُقدّر بـ(١٥٠٠) متر مربّع، واحتوت على (٣٥) غرفة مفردة وهي ضمن حملة العتبة العبّاسية المقدّسة لمواجهة فيروس كورونا ولحماية المجتمع من هذا الوباء القاتل. أنّ إنشاء هذه الردهة جاء من أجل المساهمة في تعزيز الإجراءات الوقائيّة والاحترازيّة، كذلك لكون أنّ قضاء الهنديّة يُعتبر من أكبر أقضية المحافظة ويبعد عن مركزها نحو (٢٠كم).

ينظر: شبكة الكفيل العالمية https://alkafeel.net//news/index.php?id=10607

مخطط (٣) اقسام مستشفى الهندية العام



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على:-

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام.

من خلال جدول (٦)، وشكل (٣)، يتضح اعداد القوى العاملة في المستشفى، فيبلغ عددهم من الاطباء العام (١٣٥) طبيبا، ومن اطباء الاختصاص (٦٤) طبيباً، فيما يبلغ عدد الصيادلة (٥٦) صيدليا، كما يعمل فيها (٣٣٩) شخصاً من ذوي المهن الصحية، و(٥٠٣) من الكادر التمريضي، و(١١٧) من الكوادر المختبرية، و(١٤٣) من الكوادر الإدارية والفنية والخدمية، وبلغ عدد العمليات فوق الكبرى والتي تم اجراءها في المستشفى (١٠١٨) عملية، و(١٢٦٥) عملية كبرى، و(٦٢٩) عملية وسطى، و(١٢٩٣٥) عملية صغرى[١].

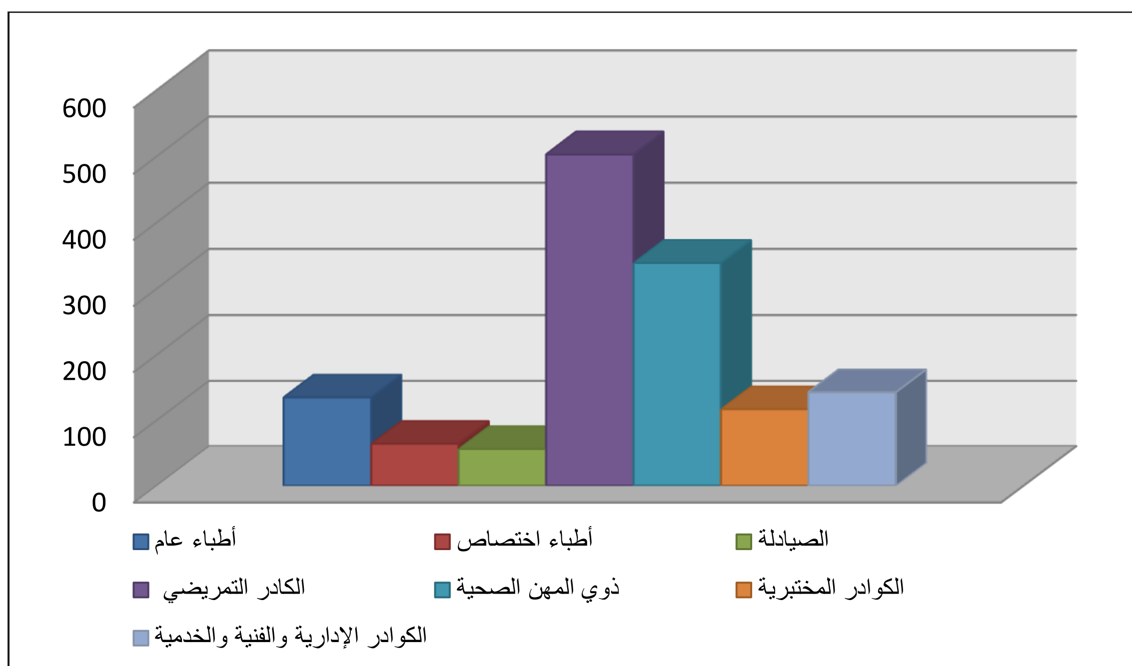
جدول (٦) اعداد القوى العاملة في مستشفى الهندية العام لسنة ٢٠٢٠.

أطباء عام	أطباء اختصاص	صيادلة	الكادر التمريضي	ذوي المهن الصحية	الكوادر المختبرية	الكوادر الإدارية والفنية والخدمية	المجموع
١٣٥	٦٤	٥٦	٥٠٣	٣٣٩	١١٧	١٤٣	١٣٥٧

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

شكل (٣) اعداد القوى العاملة في مستشفى الهندية العام لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٦).

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

ثانيا: مراكز الرعاية الصحية الاولية

تمثل الرعاية الصحية الأولية أحد عناصر البرنامج الصحي القومي تعبيرا عن السياسات القومية وتعمل وفق سياسات وأهداف واستراتيجيات البرنامج الصحي القومي، وهي تتفق مع المعايير المتعلقة بسهولة التوافر واقتصادية التكلفة، كما تعتبر مقبولة لاعتبارات اجتماعية وثقافية ومهنية وفنية فهي توجه إلى صحة المجتمع والتنمية لا إلى الرعاية الطبية للأفراد فحسب، وهي لا تعمل بصورة منفصلة عن أنشطة التنمية الأخرى في المجتمع[١].

إن مراكز الرعاية الصحية الأولية هي نواة الخدمات الطبية إذ تقدم خدمات للأفراد على مستوى الأحياء والقرى، وتقوم بعمل ملفات صحية تحتوي على معلومات كاملة لكافة الأسر الواقعة في نطاق خدمة المركز الصحي لمتابعة الحالة الصحية لأفراد كل أسرة[٢]، وتركز بشكل أساسي على خدمات الرعاية الأولية الوقائية والعلاجية[٣]، وعلى تنظيمها عبر نظام احاله يحصل من خلاله صاحب الحاجة الصحية على حاجته في اقرب مركز او مرفق للرعاية الصحية بسهوله ومن دون اي عوائق[٤]، ومن العناصر الرئيسية التي حددتها منظمة الصحة العالمية هي التربية الصحية، التطعيم، الماء وصحة مياه الشرب تحديدا، علاج الامراض الشائعة وتوفير الأدوية المناسبة، مكافحة الامراض المستوطنة، وصحة الام والطفل، قضايا تنظيم النسل[٥]، واما المراكز الصحية الموجودة في منطقة الدراسة وهي كالآتي:-

١- قطاع الرعاية الصحية الاولية

يقع هذا المركز في الجانب الكبير (الكص الجنوبي)، صورة (٢)، جدول (٧)، وتأسس في عام ١٩٩٦م، حيث يقوم بخدماته الادارية والرقابية لجميع المراكز الصحية الواقعة ضمن قضاء الهندية

---

[١] عبد السلام رضوان، "حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي"، برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مجلة عالم المعرفة، العدد ١٥٠، الكويت، ١٩٩٠، ص٢٣٠.

[٢] مقابلة شخصية مع لؤي معطي عبد الامير مسؤول برنامج الزائر الصحي، بتاريخ ٢٠٢٠/١٢/٢٥م.

[3] Tariq Ali M Alzaied and Abdurrahman Alshammari, An Evaluation of Primary Healthcare Centers (PHC) Services: The Views of Users, Health Science Journal, Vol 10, Issue 2 , 2016, p2

[٤] نبيل محيي الدين قرنفل، الادارة الصحية، اكاديميا، بيروت،٢٠٠٧، ص٨٠.

[٥] زين حسين بدران وايمن سليمان مزاهرة، مصدر سابق، ص١٥.

وقضاء الجدول الغربي والبالغ عدد سكانهم (٢٧٥٥٧٣) نسمة[١]، ويشغل المركز مساحة كلية تبلغ (١٦٨٠م٢)، اما المساحة الواقعة تحت البناء فقد بلغت (٨٨٠م٢)، ويحتوي على (٣٥) غرفة، ومساحة الحدائق بلغت (٤٠ م٢)[٢].

صورة (٢) قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية



المصدر: التقطت من قبل الباحث اثناء الدراسة الميدانية في تاريخ يوم الثلاثاء ٢٠٢٠/١٢/٨م، الساعة ١١:٠٥ص.

جدول (٧) التوزيع المكاني لقطاع الرعاية الصحية الاولية لسنة ٢٠٢٠.

اسم المؤسسة	الموقع	الرقعة الجغرافية المخدومة	مساحة القطاع	مساحة البناء	مساحة الحدائق/م٢
قطاع الرعاية الصحية الاولية	حي الكص الجنوبي	٢٧٥٥٧٣	١٦٨٠	٨٨٠	٤٠

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

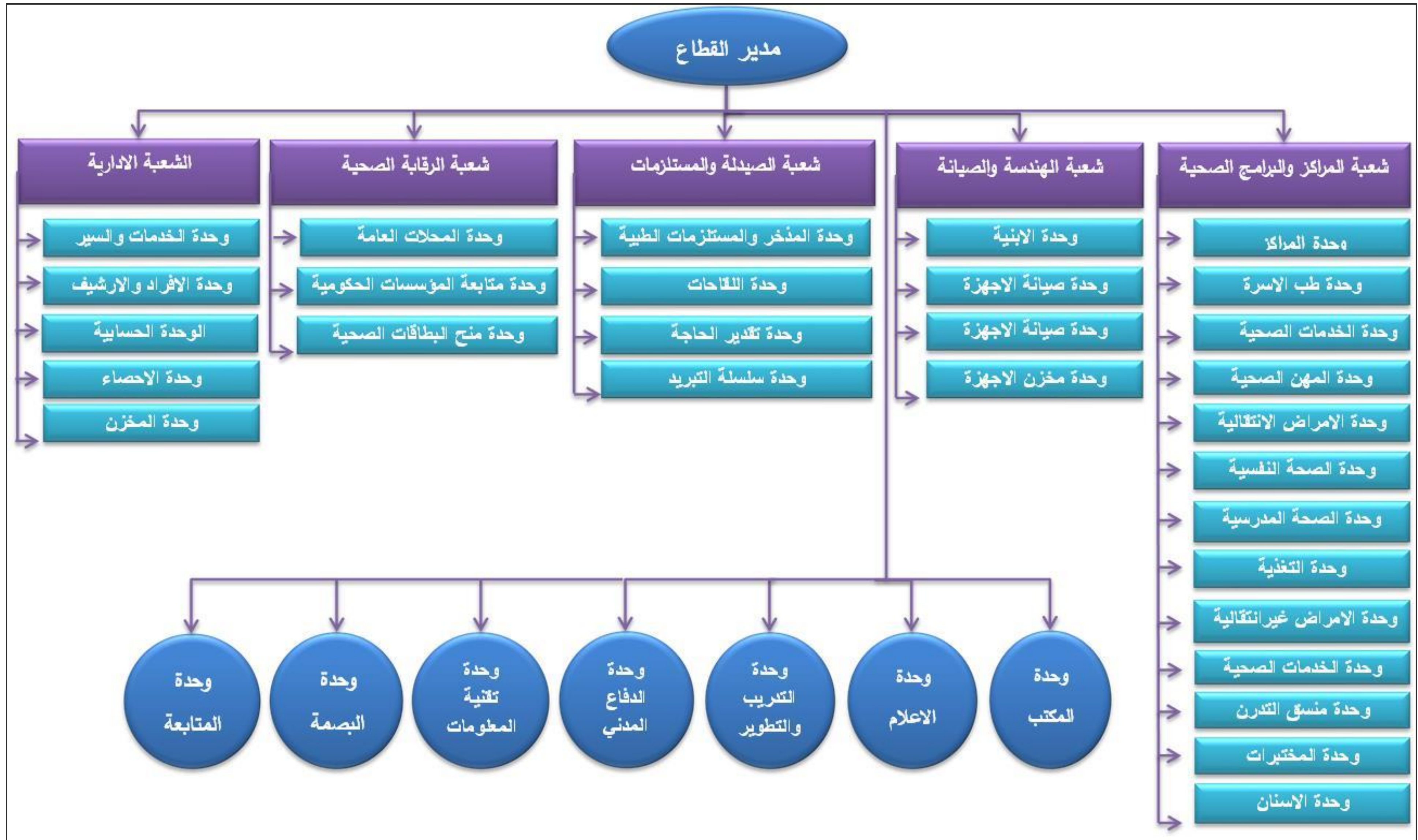
- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

[١] جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، مديرية احصاء كربلاء، تقديرات سكان العراق (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

[٢] جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الهندسة والصيانة، وحدة الابنية (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

يعد هذا القطاع خاص بالأمور الادارية والرقابية والبرامج الصحية، ويبين مخطط (٤)، ومخطط (٥)، عدد الشعب والوحدات الصحية التي يتضمنها، وهي شعبة المراكز والبرامج الصحية، الشعب الإدارية، شعبة الهندسة والصيانة، شعبة الصيدلة والمستلزمات، شعبة الرقابة الصحية، اما شعبة المراكز والبرامج الصحية فتحتوي على عدد من الوحدات والمتمثلة بوحدة المراكز، طب الأسرة، الخدمات الصحية النائية، المهن الصحية، البرامج، الامراض الانتقالية، الصحة النفسية، الصحة المدرسية، التغذية، الامراض غير الانتقالية، منسق التدرن، ويضم (مختبر فحص التدرن)، المختبرات، ويضم (مختبر الملاريا)، ووحدة الاسنان وتضم (مختبر صناعة الاسنان). وتحتوي شعبة الهندسة والصيانة على مجموعة من الوحدات والمتمثلة بـ(وحدة المذخر والمستلزمات الطبية، اللقاحات، تقدير الحاجة، سلسلة التبريد)، وتحتوي شعبة الرقابة الصحية على (وحدة المحلات العامة، متابعة المؤسسات الحكومية، منح البطاقات الصحية)، اما الشعبة الادارية فتضم (وحدة الخدمات والسير، الافراد والارشيف، الوحدة الحسابية، الاحصاء، و وحدة المخزن).

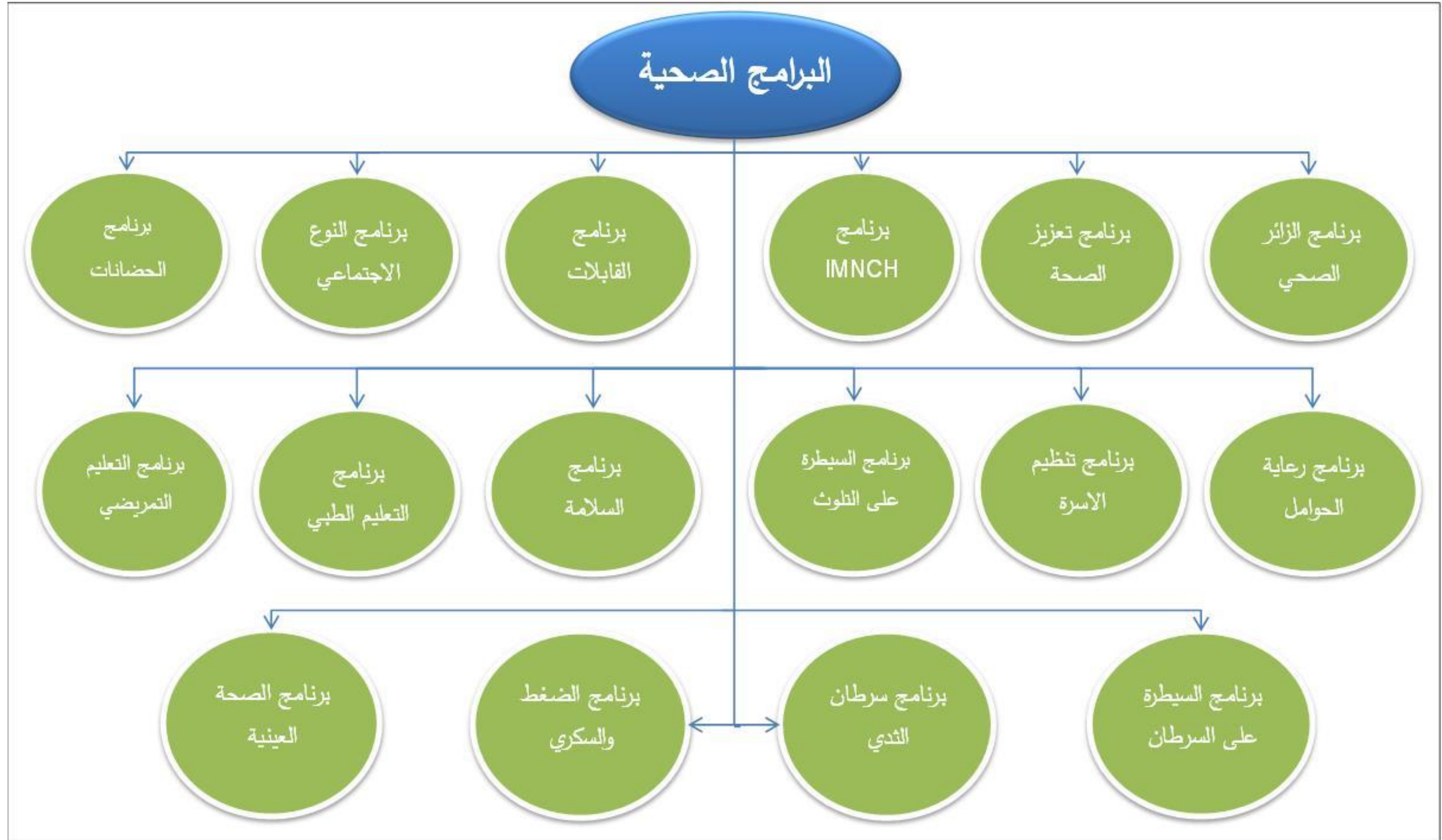
مخطط (٤) اقسام قطاع الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية.

مخطط (٥) البرامج الصحية في قطاع الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية.

يظهر من الشكل اعلاه ان قطاع الرعاية الصحية الاولية يقدم مجموعة من البرامج الصحية، والتي تأخذ على عاتقها القيام بنشر المفاهيم والمعارف الصحية السليمة في المجتمع، وتمكين افراد المجتمع من تحديد وحل مشاكلهم الصحية واحتياجاتهم، ترسيخ السلوك الصحي السليم والعمل على تغيير الخاطئ منه، والعمل على تحسين الصحة على مستوى الفرد والمجتمع من خلال المامهم بالمعلومات الصحية ومعرفتهم بالأمراض المعدية وغير المعدية التي تنتشر في المجتمع ومعدل الاصابة بها واسبابها وطرق انتقالها واعراضها وطرق الوقاية منها، والعمل على تعّرف افراد المجتمع على الخدمات الصحية في مجتمعهم، وطرق الانتفاع منها بصورة صحيحة من اجل تحسين ورقي نوعية الحياة للفرد والمجتمع، ويبين الشكل اعلاه اهم البرامج المقدمة والتي تشمل (برنامج تعزيز الصحة، وبرنامج الزائر الصحي، IMNCH، برنامج القابلات، برنامج النوع الاجتماعي، برنامج الحضانات، برنامج رعاية الحوامل، برنامج تنظيم الأسرة، برنامج السيطرة على التلوث، برنامج السلامة والصحة المهنية، برنامج السيطرة على السرطان، برنامج سرطان الثدي، برنامج الضغط والسكري، برنامج الصحة العينية).

أما القوى العاملة في هذا المركز فقد بلغ عددهم (٨٦) شخصا، جدول (٨) وشكل (٤)، اذ توزع هذه الملاكات العاملة الى عدد من الاطباء البالغ عددهم (٣) طبيب و(٢) طبيب اسنان، وقد بلغ عدد الصيادلة (٦) صيدلي، و(٢٠) موظف من الكوادر المختبرية، اما الكادر التمريضي فقد بلغ عددهم(٥٥) شخصا، و(٥٥) من الكوادر الإدارية والفنية والخدمية[1].

جدول (٨) اعداد القوى العاملة في قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية لسنة ٢٠٢٠.

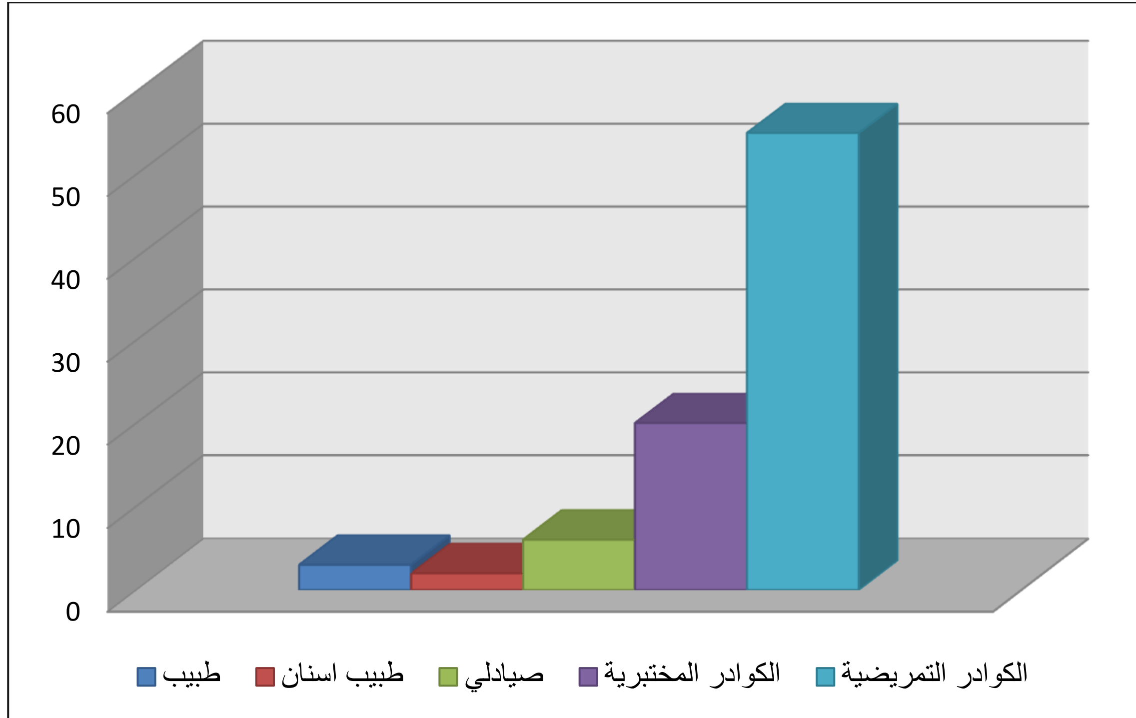
طبيب	طبيب اسنان	صيدلي	الكوادر المختبرية	الكوادر التمريضية	المجموع
٣	٢	٦	٢٠	٥٥	٨٦

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

شكل (٤) اعداد القوى العاملة في قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٨).

٢- مركز الرعاية الصحية الاولية النموذجي في الهندية

يقع مركز الهندية النموذجي في الجانب الكبير في الكص الجنوبي، صورة (٣)، جدول (٩)، وقد تم افتتاح هذا المركز في ٢٠٠٨/٨/١٠م، ويحتل المركز المرتبة الاولى بعدد السكان البالغ (٦١٤٠٠) نسمة، حيث يقدم خدماته لمجموعة من الاحياء ضمن الرقعة الجغرافية لمنطقة الدراسة، وهي (سيد حسين، شيخ حمزة، محرم عيشة، الكص الجنوبي، الكص الشمالي، حي العامل١، وحي العامل٢)[1]، خريطة (٥)، ويشغل مساحة كلية من الارض تبلغ (٣٥٠٠م^{2})، ومساحة تحت البناء بلغت (١٦٠٠م^{2})، ويحتوي على غرف بلغ عددها (٣٨) غرفة، ومساحة الحدائق بلغت (٧٥م^{2}). وقد بلغ عدد المراجعين لعام ٢٠٢٠م (٣٣٣٦٥) مراجعاً سنوياً، وبمعدل (٢٧٨٠) مراجعاً شهرياً[2].

---

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الهندسة والصيانة، وحدة الابنية (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

(٢) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الاحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

صورة (٣) مركز الرعاية الصحية الاولية النموذجي في الهندية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: التقطت من قبل الباحث اثناء الدراسة الميدانية في تاريخ يوم الثلاثاء ٢٠٢٠/١٢/٨م، الساعة ١١:٣

جدول (٩) التوزيع المكاني لمركز الرعاية الصحية الاولية النموذجي في الهندية لسنة ٢٠٢٠.

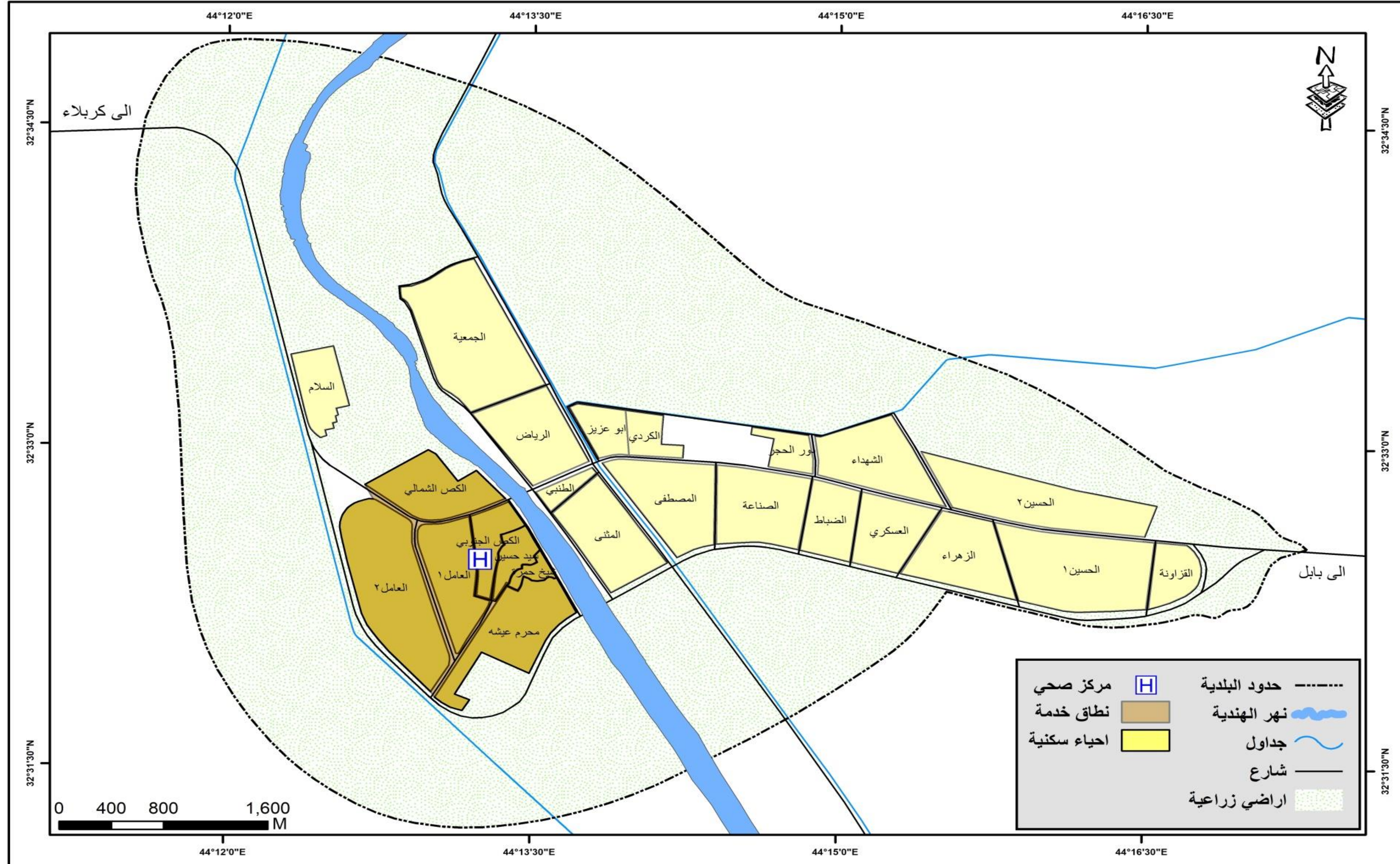
اسم المؤسسة	الموقع	الرقعة الجغرافية المخدومة	مساحة المركز/م٢	مساحة البناء/م٢	مساحة الحدائق/م٢	السكان المخدومين	المراجعين سنوياً	المراجعين شهرياً
مركز الهندية النموذجي	حي الكص الجنوبي	سيد حسين، شيخ حمزة، محرم عيشة، الكص الجنوبي، الكص الشمالي، حي العامل١، حي العامل٢	٣٥٠٠	١٦٠٠	٧٥	٦١٤٠٠	٣٣٣٦٥	٢٧٨٠

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

١- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٢- المراكز الصحية في الهندية، شعبة الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (٥) اقليم الخدمة لمركز الرعاية الصحية الاولية النموذجى فى الهندية



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على:-

١- خريطة التصميم الاساس، ص٦.

٢- الدراسة الميدانية بتاريخ ٢٠٢٠/١٢/٨م.

اما فيما يخص القوى العاملة في هذا المركز، كما موضح في جدول (١٠) وشكل (٥)، فقد بلغ عددهم الكلي (١١٧) شخصا، صنفت هذه الملاكات الى عدد من الاطباء والبالغ عددهم (٧) طبيب، و(١٠) طبيب اسنان، و(٨) صيدلي، و(٣٤) من ذوي المهن الصحية، و(١١) موظف من الكوادر المختبرية، و(٣٢) موظف من الملاك التمريضي، و(٢٠) موظف من الكوادر الإدارية والفنية والخدمية.

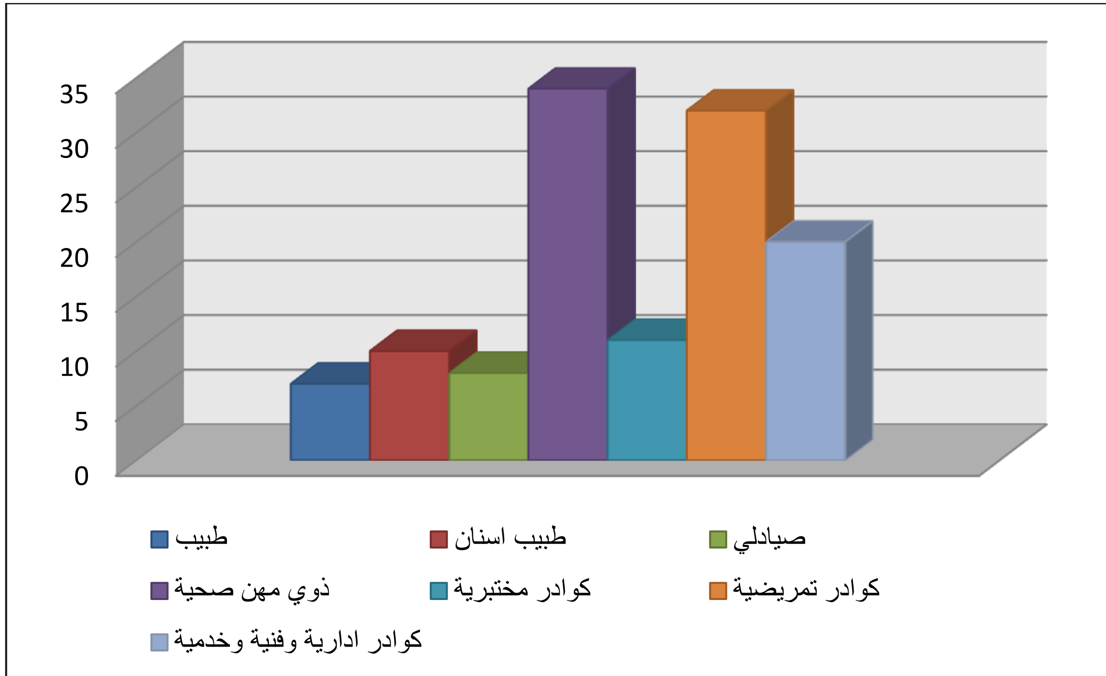
جدول (١٠) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية النموذجي في الهندية لسنة ٢٠٢٠.

طبيب	طبيب اسنان	صيدلي	ذوي مهن صحية	كوادر مختبرية	كوادر تمريضية	كوادر ادارية وفنية وخدمية	المجموع
٧	١٠	٨	٣٤	١١	٣٢	٢٠	١١٧

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

شكل (٥) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية النموذجي في الهندية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (١٠).

٣- مركز الرعاية الصحية الاولية في مليبيج

تم افتتاحه كمركز فرعي واقع في حي السلام، صورة (٤)، حيث تأسس في ٢٠٠٧/٥/١٠م، وفي ٢٠١٦/٦/٢٦م تم تحويله الى مركز صحي رئيسي، يبلغ عدد السكان الذي يخدمهم المركز(٤٠٥٤٣) نسمة، جدول (١١)، ويقدم خدماته ضمن الرقعة الجغرافية لمنطقة الدراسة، وهي (حي السلام)، وقد بلغ عدد المراجعين لعام ٢٠٢٠م (٢٠٨٧٥) مراجعاً سنوياً، وبمعدل

(١٧٣٩) مراجعاً شهرياً، و(٥٨) مراجعاً يومياً[١]، حيث يشغل مساحة كلية تبلغ (٨٠٠م)، ومساحة تحت البناء بلغت (٦٠٠ م)، خريطة (٦)، كما ويحتوي على غرف بلغ عددها (٧) غرفة، ولا يحتوي المركز على مساحة مخصصة للحدائق وذلك لوجوده كواقع حال[٢].

صورة (٤) مركز الرعاية الصحية الاولية في مليبيج لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: التقطت من قبل الباحث اثناء الدراسة الميدانية في تاريخ يوم الثلاثاء ٨/١٢/٢٠٢٠، الساعة ١١:٥٣ص.

جدول (١١) التوزيع المكاني لمركز الرعاية الصحية الاولية في مليبيج لسنة ٢٠٢٠.

اسم المؤسسة	الموقع	الرقعة الجغرافية المخدومة	مساحة المركز/ م٢	مساحة البناء/ م٢	مساحة الحدائق/ م٢	السكان المخدومين	المراجعين السنوي	المراجعين الشهري
مركز مليبيج	حي السلام	السلام	٨٠٠	٦٠٠	--	٤٠٥٤٣	٢٠٨٧٥	١٧٣٩

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

١- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

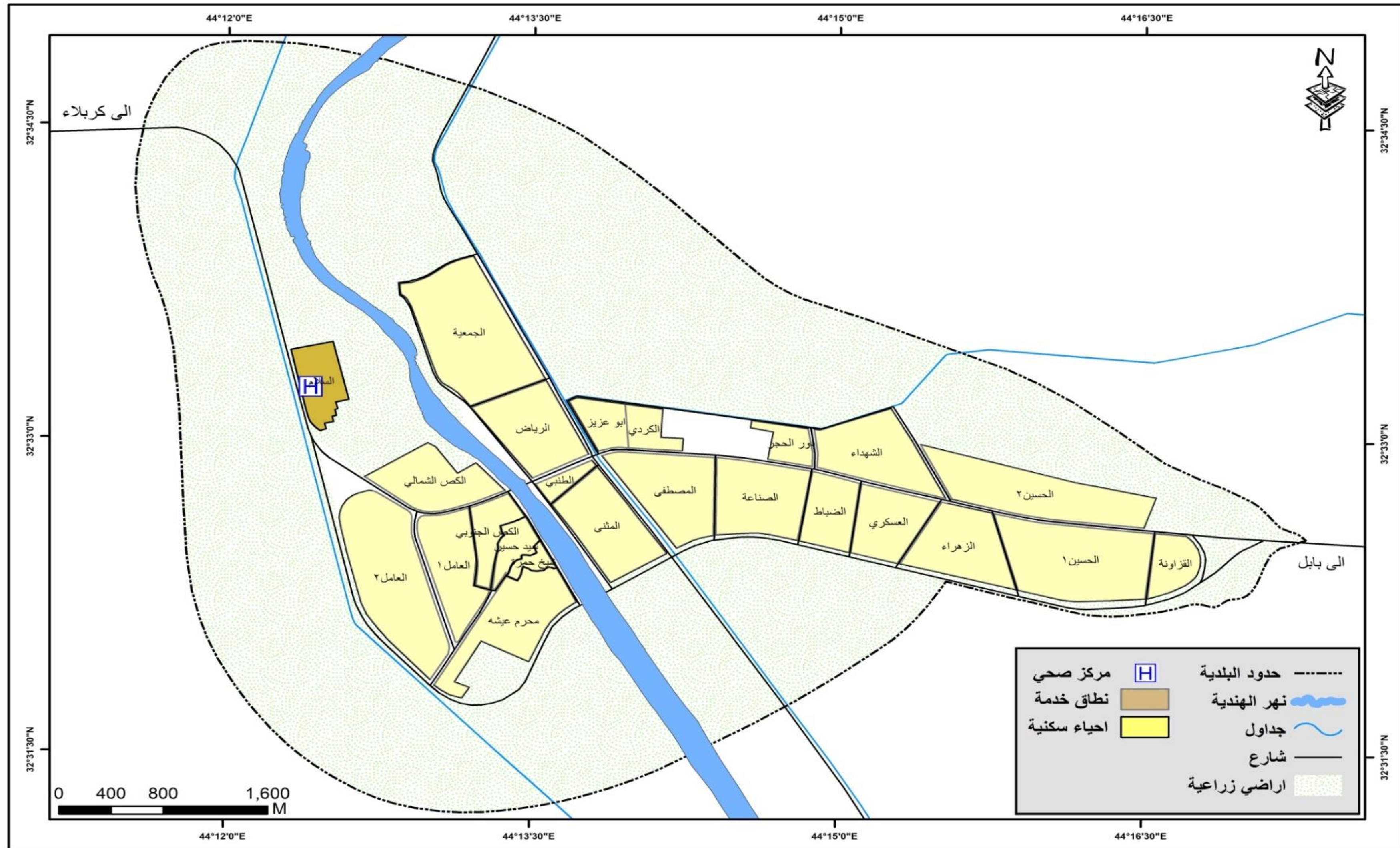
٢- المراكز الصحية في الهندية، شعبة الإحصاء(بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

---

(١) جمهورية الراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الاحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

(٢) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الهندسة والصيانة، وحدة الابنية (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (٦) اقليم الخدمة لمركز الرعاية الصحية الاولية في مليبيج (حي السلام).



المصدر: اعداد الباحث بالاعتماد على:-

١- خريطة التصميم الاساس، ص٦.

٢- الدراسة الميدانية بتاريخ ٢٠٢٠/١٢/٨.

اما قوى العاملة في هذا المركز، كما موضح في جدول (١٢) وشكل (٦)، فقد بلغ عددهم الكلي (٨٦) شخصا، صنفت هذه الملاكات الى عدد من الاطباء والبالغ عددهم (٤) طبيب، و(٤) طبيب اسنان، و(٦) صيدلي، و(٩) شخصا من الملاكات المختبرية، و(٢٦) شخصا من الملاك التمريضي، و(١٢) شخصا من الملاكات الإدارية والفنية والخدمية.

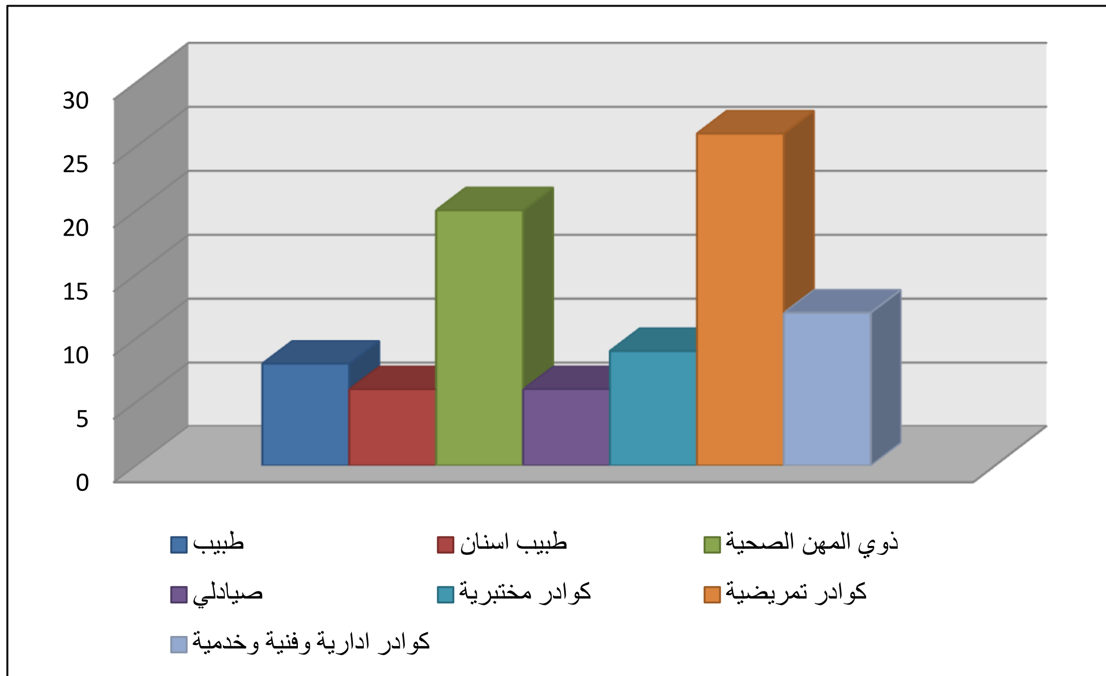
جدول (١٢) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية في مليبيج لسنة ٢٠٢٠.

طبيب	طبيب اسنان	صيدلي	ذوي المهن الصحية	كوادر مختبرية	كوادر تمريضية	كوادر ادارية وفنية وخدمية	المجموع
٤	٤	٦	٢٠	٩	٢٦	١٢	٨٦

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

شكل (٦) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية في مليبيج لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (١١).

٤- مركز الرعاية الصحية الاولية في الجانب الصغير

يقع هذا المركز في الجانب الصغير في حي المثنى، وقد تم افتتاحه في ١٩٧٢، ويعتبر اول مركز صحي ينشأ في المدينة، صورة (٥)، جدول (١٣)، وقد بلغ عدد السكان المخدومين (٤٠٩٠٧) نسمة، ويقدم المركز خدماته لمجموعة من الاحياء البالغ عددها (٤)، وهي ضمن

الرقعة الجغرافية لمنطقة الدراسة والمتمثلة بـ(حي الجمعية، حي الرياض، حي الطنبي، حي المثنى)، خريطة (٧)، وكان عدد المراجعين لعام ٢٠٢٠م (٢٤٨٨٢)، مراجعاً سنوياً، وبمعدل (٢٠٧٣) مراجعاً شهرياً[١]، ويشغل مساحة كلية من الارض تبلغ (١١٠٠م٢) ومساحة تحت البناء بلغت (١٠٠٠م٢)، ومساحة الحدائق بلغت (١٠٠م٢)، ويحتوي على غرف بلغ عددها (١٥) غرفة[٢].

صورة (٥) مركز الرعاية الصحية الاولية في الجانب الصغير لسنة ٢٠٢٠.



المصدر/ التقطت من قبل الباحث اثناء الدراسة الميدانية في يوم الاحد ٢٠٢٠/١٢/١٣، الساعة ١١:١٦ص.

جدول (١٣) التوزيع المكاني لمركز الرعاية الصحية الاولية في الجانب الصغير لسنة ٢٠٢٠.

اسم المؤسسة	الموقع	الرقعة الجغرافية المخدومة	مساحة المركز/م٢	مساحة البناء/م٢	مساحة الحدائق/م٢	السكان المخدومين	المراجعين السنوي	المراجعين الشهري
مركز الجانب الصغير	حي المثنى	حي الجمعية، والرياض، والطنبي، وحي المثنى.	١١٠٠	١٠٠٠	١٠٠	٤٠٩٠٧	٢٤٨٨٢	٢٠٧٣

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

١- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء، (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

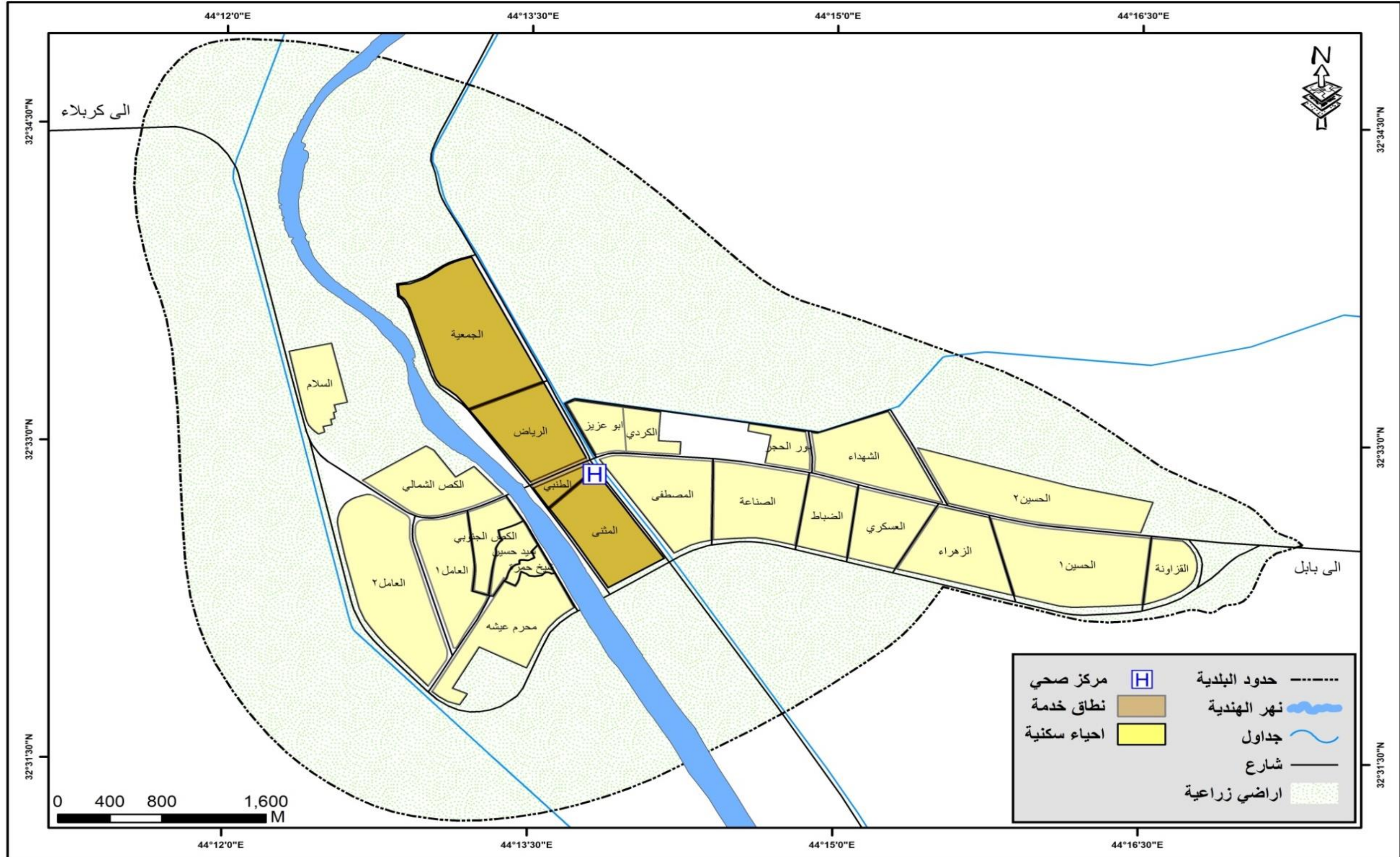
٢- المراكز الصحية في الهندية، شعبة الإحصاء،(بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

---

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الاحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

(٢) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الهندسة والصيانة، وحدة الابنية (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (٧) اقليم الخدمة لمركز الرعاية الصحية الاولية في الجانب الصغير



المصدر: اعداد الباحث بالاعتماد على:-

١- خريطة التصميم الاساس، ص٦.

٢- الدراسة الميدانية بتاريخ ٢٠٢٠/١٢/١٣.

اما القوى العاملة في هذا المركز، كما موضح في جدول (١٤) وشكل (٧)، فقد بلغ عددهم الكلي (١٠٤) موظف، صنفت هذه الملاكات الى الاطباء حيث بلغ عددهم (٥) طبيب، و(٨) طبيب اسنان، و(٦) صيدلي، و(١١) موظف من الملاكات المختبرية، و(٣٨) موظف من الكادر التمريضي، و(٢٠) من الملاكات الإدارية والفنية والخدمية.

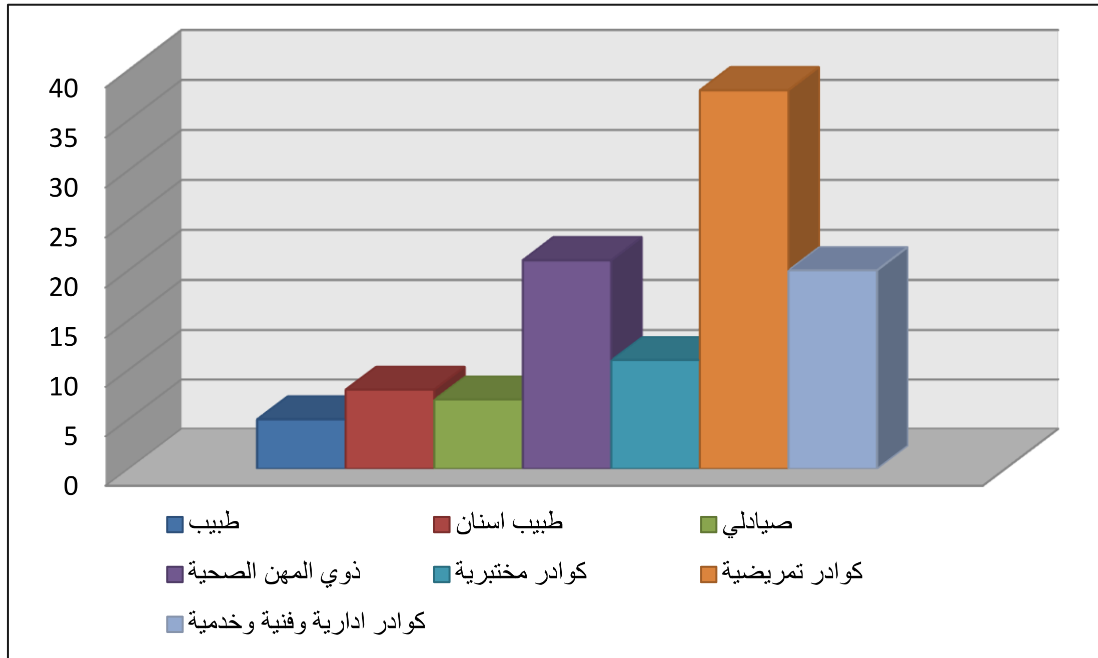
جدول (١٤) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية في الجانب الصغير لسنة ٢٠٢٠.

طبيب	طبيب اسنان	صيدلي	ذوي المهن الصحية	كوادر مختبرية	كوادر تمريضية	كوادر ادارية وفنية وخدمية	المجموع
٥	٨	٦	٢١	١١	٣٨	٢٠	١٠٤

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

شكل (٧) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية في الجانب الصغير لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل البحث بالاعتماد على بيانات جدول (١٤).

٥- مركز الرعاية الصحية الأولية النموذجي في الحي العسكري

يقع هذا المركز في الحي العسكري، صورة (٦)، جدول (١٥)، وقد تم افتتاحه في ٢٠٠٨/٨/١٠م، يخدم المركز عدد من السكان والذي يبلغ (٥٩٠٠٠) نسمة، وتتمثل الرقعة الجغرافية التي يخدمها هذا المركز بـ(٩) احياء، والمتمثلة بـ(حي المصطفى، حي الصناعة، حي الضباط، الحي العسكري، حي الزهراء، حي الشهداء، حي دور الحجر، حي الكردي، وحي ابو عزيز)، خريطة (٨)، كما يشغل المركز مساحة كلية تبلغ (٢٥٠٠م^2)، ومساحة تحت البناء

بلغت (١٥٠٠م٢)، ويحتوي على (٣٦) غرفة، ومساحة الحدائق بلغت (٥٠٠م٢)[١]، وقد بلغ عدد المراجعين لعام ٢٠٢٠م (٢٠٠٩٩) مراجعاً سنوياً، وبمعدل (١٦٧٤) مراجعاً شهرياً[٢].

صورة (٦) مركز الرعاية الصحية الأولية النموذجي في الحي العسكري لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: التقطت من قبل الباحث اثناء الدراسة الميدانية في يوم الاحد ٢٠٢٠/١٢/١٣، الساعة ١١:٥٤ص.

جدول (١٥) التوزيع المكانى لمركز الرعاية الصحية الاولية النموذجى فى الحى العسكري لسنة ٢٠٢٠.

اسم المؤسسة	الموقع	الرقعة الجغرافية المخدومة	مياحة المركز/م٢	مساحة البناء/م٢	مساحة الحدائق/م٢	السكان المخدومين	المراجعين سنوياً	المراجعين شهرياً
مركز العسكري النموذجي	حي العسكري	حي المصطفى، والصناعة، والضباط، والعسكري، والزهراء، والشهداء، ودور الحجر، والكردي، وحي ابو عزيز.	٢٥٠٠	١٥٠٠	٥٠٠	٥٩٠٠٠	٢٠٠٩٩	١٦٧٤

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

١- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

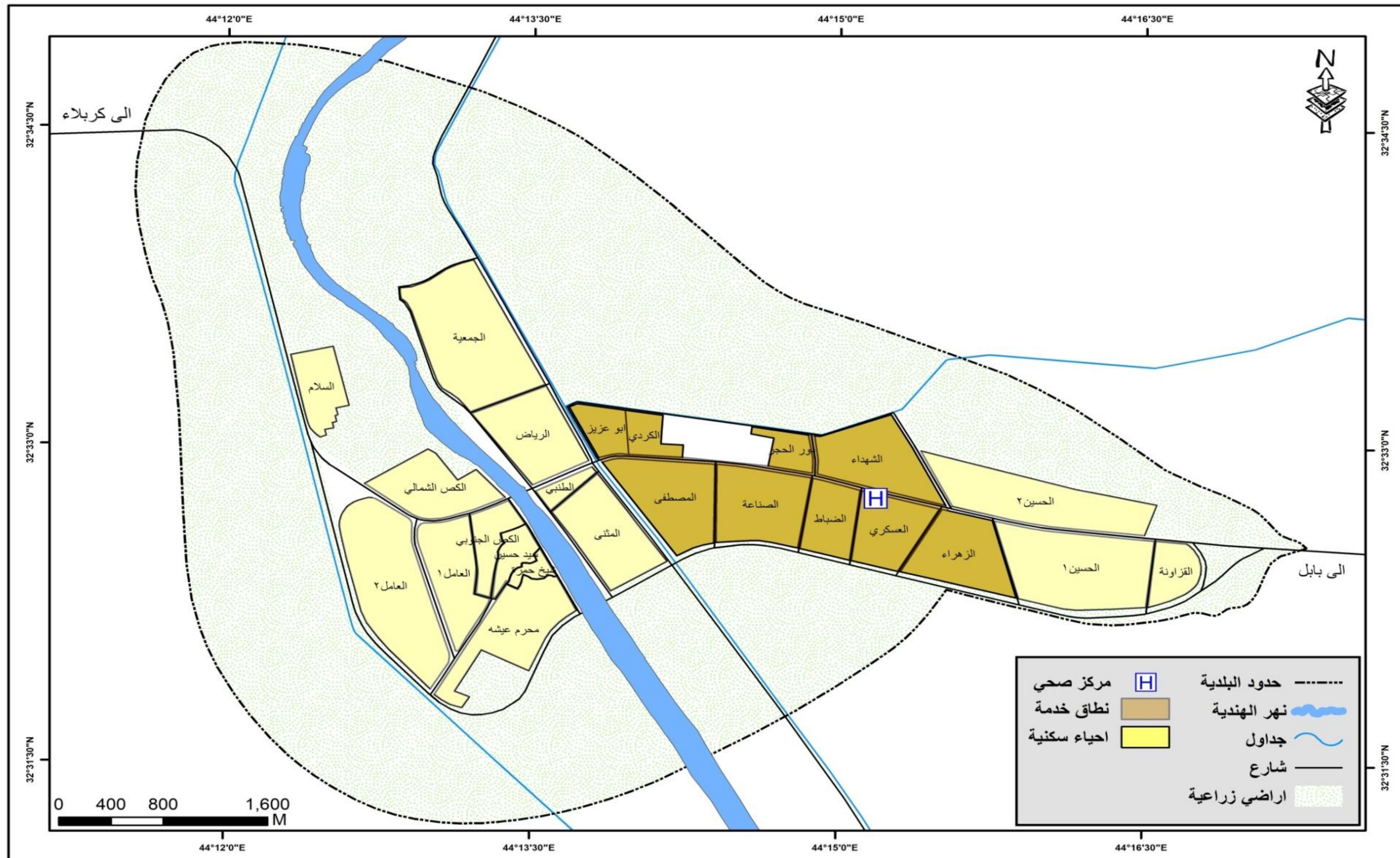
٢- المراكز الصحية في الهندية، شعبة الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

---

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الهندسة والصيانة، وحدة الابنية، (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

(٢) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الاحصاء، (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (٨) اقليم الخدمة لمركز الرعاية الصحية الاولية النموذجي في حي العسكري



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على:-

١- خريطة التصميم الاساس، ص٦.

٢- الدراسة الميدانية بتاريخ ٢٠٢٠/١٢/١٣.

أما أعداد القوى العاملة في هذا المركز، كما موضح في جدول (١٦) وشكل (٨)، فقد بلغ عددهم الكلي (١٠١) شخصا، صنفت هذه الملاكات الى الاطباء والذي بلغ عددهم (١٠) طبيبا، و(٩) طبيب اسنان، و(٧) صيدلي، و(٢٣) من ذوي المهن الصحية، و(٨) موظف من الملاك المختبرية، و(٣١) موظف من الملاك التمريضي، و(١٤) من الملاكات الإدارية والفنية والخدمية.

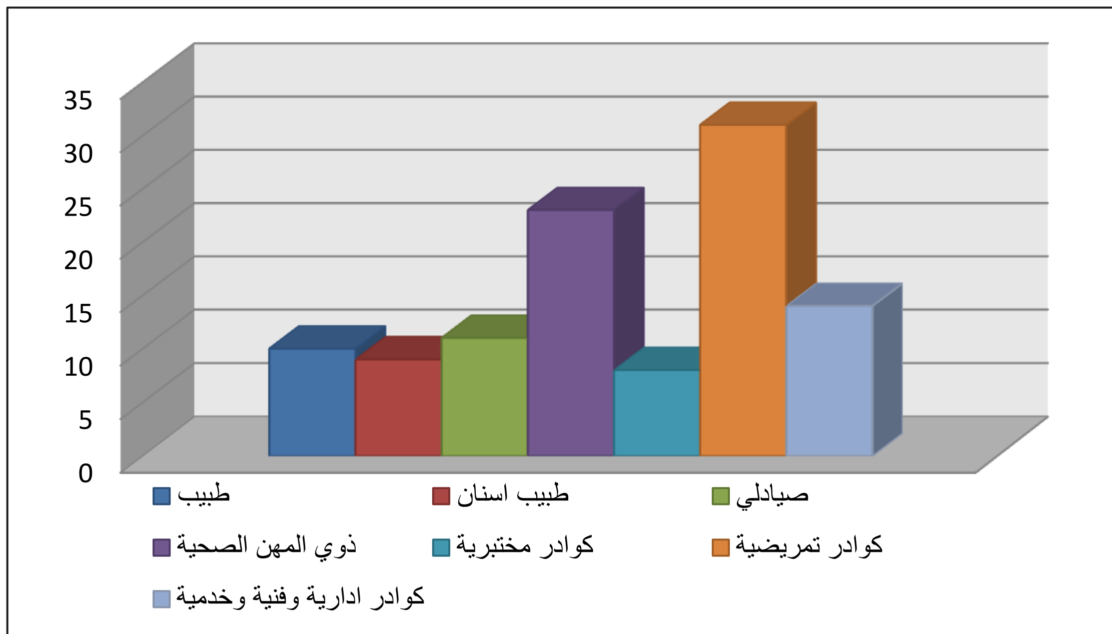
جدول (١٦) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية النموذجي في الحي العسكري لسنة ٢٠٢٠.

طبيب	طبيب اسنان	صيدلي	ذوي المهن الصحية	كوادر مختبرية	كوادر تمريضية	كوادر ادارية وفنية وخدمية	المجموع
٦	٩	٧	٢٣	٨	٣١	١٤	١٠١

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

شكل (٨) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية النموذجي في الحي العسكري لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول (١٦).

٦- مركز الرعاية الصحية الاولية في حي الحسين

يقع هذا المركز في حي (الحسين٢)، صورة (٧)، جدول (١٧)، وهو مركز حديث النشأة حيث تم استحداثه في ٢٠٢٠/٩/١٢م، وكان عدد السكان المخدومين من هذا المركز (١٨٥٤٠) نسمة، حيث يقدم المركز خدماته لمجموعة من الاحياء الواقعة ضمن الرقعة الجغرافية لمنطقة

الدراسة وهي (الحسين١، الحسين٢، والقزاونة)[١]، خريطة (٩)، ويشغل مساحة كلية تبلغ (١٠٠٠م٢) ومساحة تحت البناء بلغت (٨٠٠م٢)، ومساحة الحدائق بلغت (١٧٠م٢)، ويحتوي على (١٨) غرفة. وبلغ عدد المراجعين من اول يوم لافتتاحه ولغاية ٢٠٢٠/١٢/٣١م (١٨٤٩) مراجعاً، وبمعدل (٤٦٢) مراجعاً شهرياً[٢].

صورة (٧) مركز الرعاية الصحية الاولية في حي الحسين لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: التقطت من قبل الباحث اثناءالدراسة الميدانية في تاريخ يوم الخميس٢٠٢٠/١٢/٢١،الساعة ٩:٠٠ص.

جدول (١٧) التوزيع المكاني لمركز الرعاية الصحية الاولية في حي الحسين لسنة ٢٠٢٠.

اسم المؤسسة	الموقع	الرقعة الجغرافية المخدومة	مساحة المركز/ م٢	مساحة البناء/م٢	مساحة الحدائق/م٢	السكان المخدومين	عدد المراجعين الشهري
مركز حي الحسين	حي الحسين٢	الحسين١ والحسين٢ والقزاونة	١٠٠٠	٨٠٠	١٧٠	١٨٥٤٠	٤٦٢

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

١- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

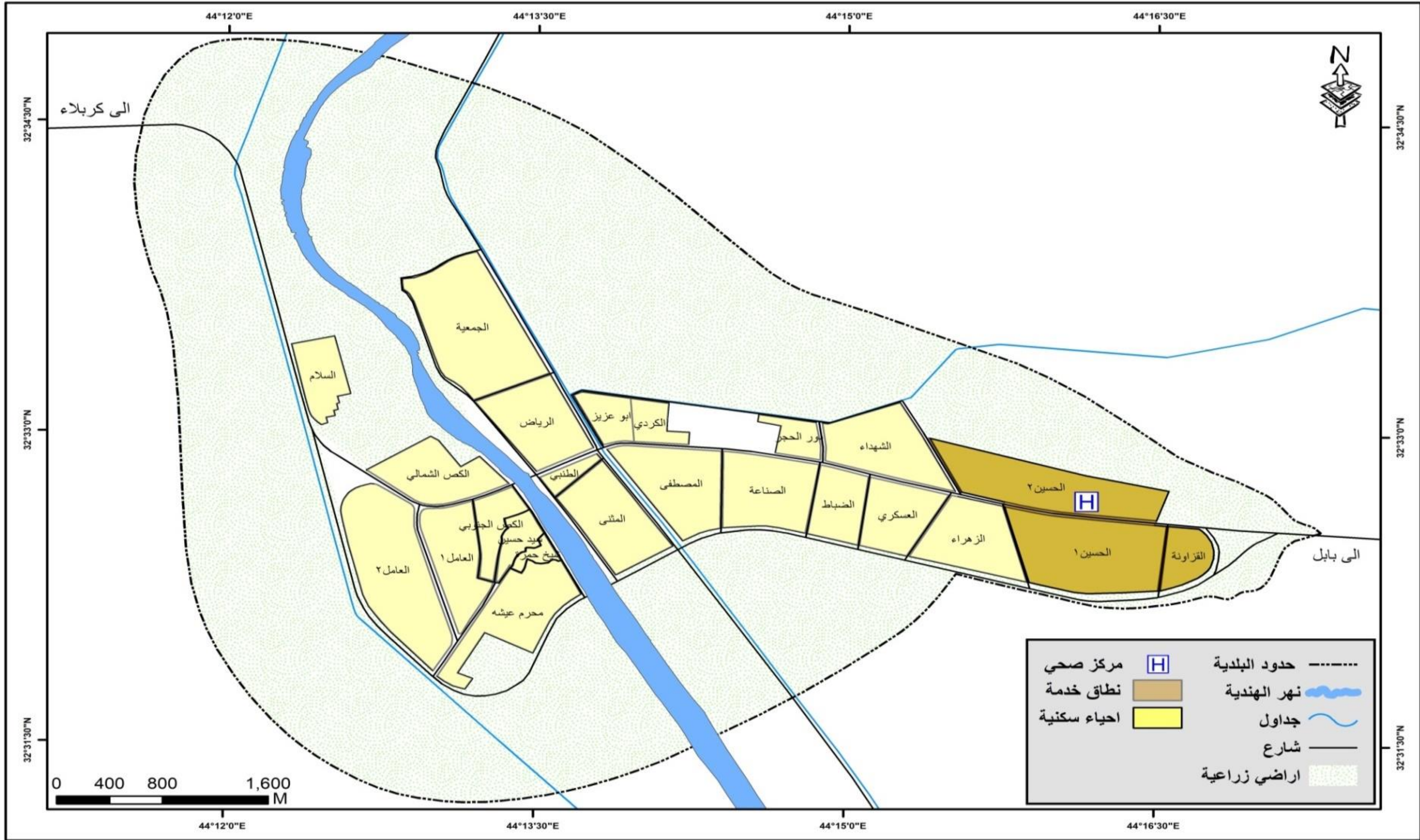
٢- المراكز الصحية في الهندية، شعبة الإحصاء(بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

---

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الهندسة والصيانة، وحدة الابنية (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

(٢) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الاحصاء(بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (٩) اقليم الخدمة مركز الرعاية الصحية الاولية في حي الحسين



المصدر : اعداد الباحث بالاعتماد على:-

١- خريطة التصميم الاساس، ص٦.

٢- الدراسة الميدانية بتاريخ٢١ /١٢/٢٠٢٠.

أما أعداد القوى العاملة، كما موضح في جدول (١٨) وشكل (٩)، فقد بلغ عددهم الكلي (٣٩) شخصا، صنفت هذه الملاكات الى الاطباء والذي بلغ عددهم (٤) طبيبا، و(٤) طبيب اسنان، و(٥) صيدلي، و(٨) من ذوي المهن الصحية، و(٣) موظف من الملاكات المختبرية، و(١٢) موظف من الملاك التمريضي، و(٥) من الملاكات الإدارية والفنية والخدمية.

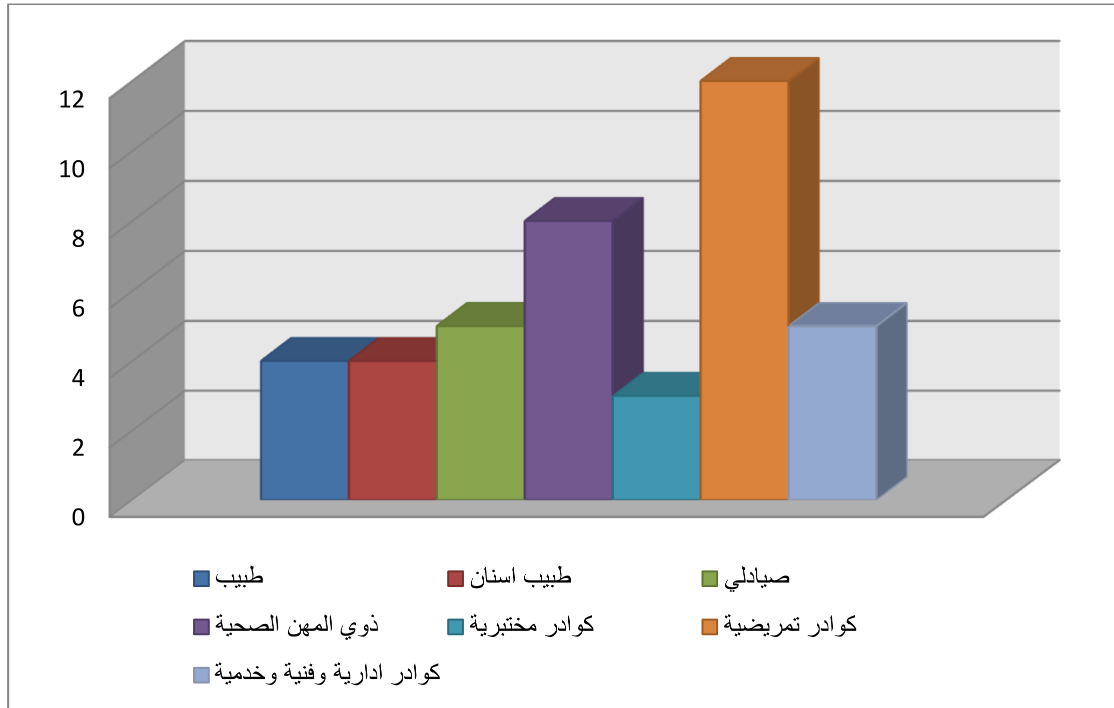
جدول (١٨) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية في حي الحسين لسنة ٢٠٢٠.

طبيب	طبيب اسنان	صيدلي	ذوي المهن الصحة	كوادر مختبرية	كوادر تمريضية	كوادر ادارية وفنية وخدمية	المجموع
٤	٤	٥	٨	٣	١٢	٥	٣٩

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

شكل (٩) اعداد القوى العاملة في مركز الرعاية الصحية الاولية في حي الحسين لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول (١٨).

ثالثا: العيادة الطبية الشعبية

تعد العيادة الطبية الشعبية احدى المؤسسات الصحية الحكومية الصغيرة، تم انشاء هذا النوع من العيادات الطبية بموجب قانون رقم (١٩٢) لسنة ١٩٧٠، من اجل توفير رعاية وعناية صحية جيدة للمواطن العراقي بتقديم افضل الخدمات الطبية وهي تقوم بأسناد المؤسسات الصحية (المستشفيات والمراكز الصحية) عبر تقديم الخدمات الصحية بما يتلائم وامكانياتها الاقتصادية، وتقدم خدماتها العلاجية اثناء الفترة المسائية بعد اوقات الدوام لقاء اجور رمزية تقل عن الحدود المعمول بها في العيادات الخاصة والمستشفيات والمختبرات بغية عدم ارهاق المواطن، وتوجد في اغلب الاحيان ضمن مواقع المراكز الصحية الاولية.

يوجد في منطقة الدراسة عيادة طبية شعبية واحدة فقط، وهي في حي الكص الجنوبي ضمن قطاع الرعاية الصحية الاولية، وقد بلغ عدد مراجعيها (٣٨٠) مراجعاً سنوياً، جدول (١٩)، كما بلغ عدد الكوادر الطبية والصحية الموجودة فيها (٨) موظف، والتي تمثلت بالأطباء بواقع (٢) طبيب، والصيادلة بواقع (٢) صيدلي، أما الملاكات الادارية والفنية والخدمية فكان عددهم (٤) موظف، جدول (٢٠)، علما ان اغلب الخدمات الصحية المقدمة في العيادة تتمثل في توفير العلاج للأمراض المزمنة خاصة مرض السكري.

جدول (١٩) التوزيع المكاني للعيادة الطبية الشعبية لسنة ٢٠٢٠.

اسم المؤسسة	الموقع	الرقعة الجغرافية المخدومة	المراجعين سنوياً
العيادة الطبية الشعبية	قطاع الرعاية الصحية الاولية	قضاء الهندية وقضاء الجدول الغربي	٣٨٠

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

جدول (٢٠) اعداد القوى العاملة في العيادة الطبية الشعبية لسنة ٢٠٢٠.

طبيب	صيادلي	كوادر ادارية وفنية وخدمية	المجموع
٢	٢	٤	٨

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

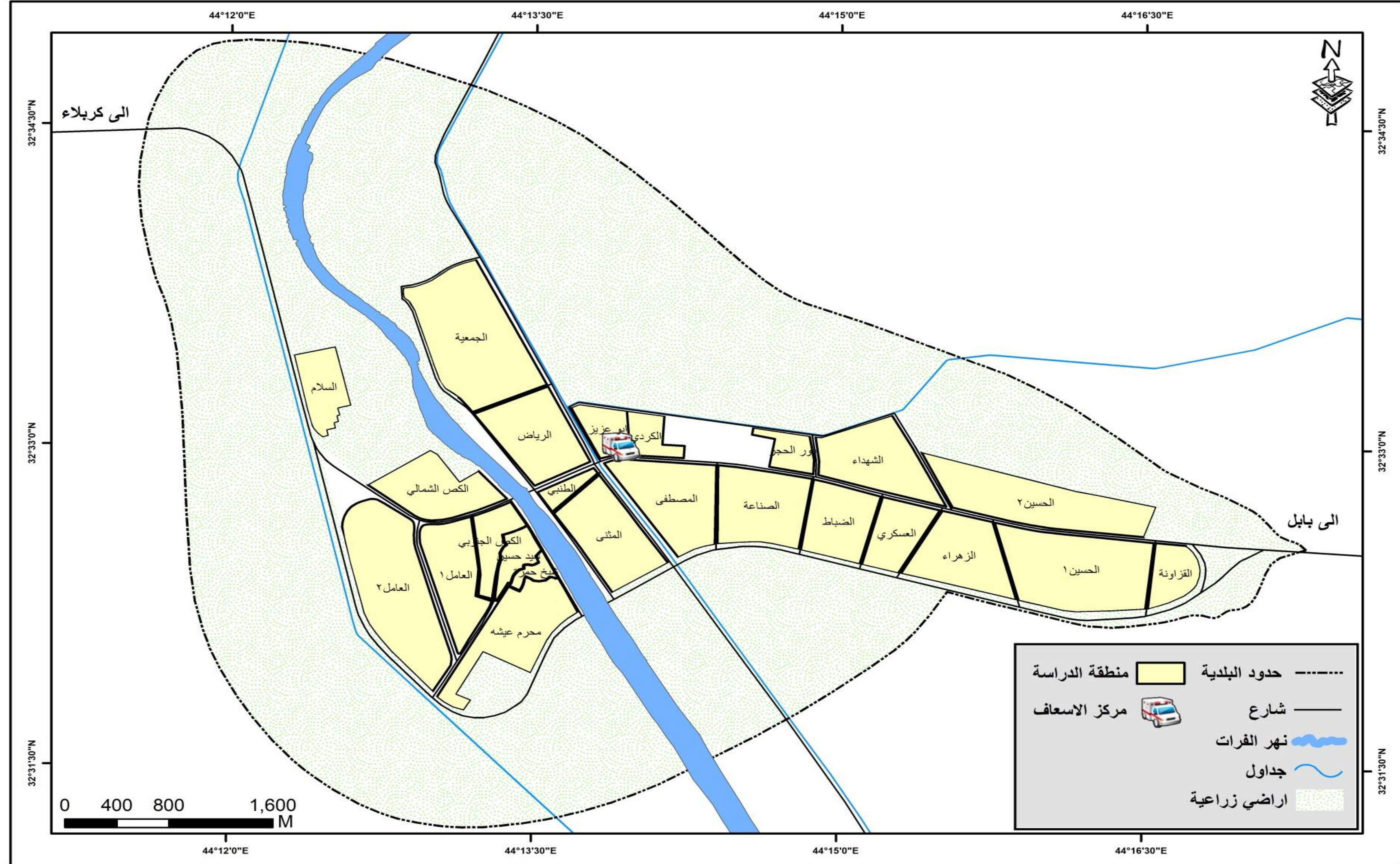
- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

رابعا: مركز الاسعاف الفوري

الإسعاف هو السبيل الاول للاهتمام بالمصابين منذ لحظة اصابتهم حتى وصولهم الى الأماكن المخصصة للعلاج كمراكز الرعاية الصحية والمستشفيات، وقد تحتوي مدينة الهندية على مركز واحد للإسعاف يقع في حي ابو عزيز، خريطة (١٠)، وهذا المركز يخدم ليس فقط مدينة الهندية، وانما القضاء بالكامل بالإضافة الى قضاء الجدول الغربي، وقد بلغ عدد السيارات المجهزة للاستجابة لحالات الطوارئ في مدينة الهندية (٢٩) سيارة، ويتكون طاقمها من سائق ومسعف واحد، ويتم ادارة وتوجيه هذه السيارات الى وجهاتها بواسطة جهاز اللاسلكي من قبل مسؤول سيطرة الاسعاف والموجود في المركز نفسه، ويتم الاتصال بها عبر الرقم (١١٥)، بالإضافة الى وحدة الاتصالات (البدالة) الموجودة في مستشفى الهندية العام فهي تتصل بمسؤول السيطرة من اجل توجيه سيارة الاسعاف الى مكان الحاجة.

درس هذا الفصل التوزيع الجغرافي للخدمة الصحية في مدينة الهندية، وهنا يطرح سؤال ماهي الكفاءة العددية والمساحية لهذه المؤسسات؟ هذا السؤال سوف تتم الاجابة عنه في الفصل اللاحق.

خريطة (١٠) موقع مركز الاسعاف الفوري من مدينة الهندية



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

١- الدراسة الميدانية.

٢- برنامج Arc Gis.

الفصل الثالث

تقييم كفاءة الخدمات الصحية

في مدينة الهندية

المبحث الاول

الكفاءة العددية لمؤسسات الخدمات الصحية في مدينة الهندية

المقدمة

بعد ان تم التعرف في الفصل السابق على التوزيع المكاني للخدمات الصحية في منطقة الدراسة وتوزيع السكان وكثافتهم في المدينة، يأتي هذا الفصل ليسلط الضوء على تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المدينة، فقد تحتل الكفاءة اهمية كبيرة في الدراسات الجغرافية كونها مؤشراً مهماً في الظواهر الجغرافية، لذا حظي مفهوم الكفاءة في الخدمات الصحية باهتمام القائمين على المنظمات الصحية بمختلف مستوياتها وسعة شموليتها، فقد عرفت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) كفاءة الخدمة الصحية على انها "ما يتعلق بتحقيق اهداف منظمات الخدمات الصحية بأقل النفقات في الجهود، وسواء أكانت تلك الجهود على شكل اموال، قوى عاملة، أم موارد متاحة اخرى، ومدى قبول تلك الخدمات الصحية، إذ ارتبطت الكفاءة هنا بالقبول المتحقق لدى المستفيد منها وهم المرضى او عموم المجتمع [١]، لذلك استخدمت الدراسة مفهوم الكفاءة كمؤشر لتقييم اداء الخدمات الصحية بالاعتماد على عدد من المعايير منها المعايير الوظيفية، والتي تعد من المؤشرات المهمة التي تقيس كفاءة الخدمة الصحية عبر معرفة التوزيع المتوازن للملاكات الصحية حسب المعايير العالمية والمحلية[٢]، وان قياس كفاءة استخدام هذه العناصر من الامور المهمة لاختلاف كفاءة كل عنصر باختلاف كيفية استخدامه.

أن عملية تقييم الأداء مرتبطة بتقييم النتائج المحققة وبالنواحي الوظيفية المتصلة بكفاءة وفعالية استخدام الموارد المتاحة سواء كانت بشرية أم مادية، والعملية ذاتها تتم على مستوى المؤسسات الصحية، بغرض تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة بما هو متوفر من موارد[٣]، وأن مؤشرات الخدمات الصحية في اي بلد من بلدان العالم تعطي دلالات واضحة عن مستوى التقدم الاقتصادي والاجتماعي الذي حققه ذلك البلد، فالبلدان التي تتوفر فيها خدمات

---

[١] ثامر ياسر البكري، ادارة المستشفيات، دار اليازوري، عمان، ٢٠٠٥، ص١٨٧.

[٢] خلف حسين علي الدليمي، تخطيط الخدمات المجتمعية والبنيه التحتية اسس- معايير- تقنيات، مصدر سابق، ص ١٥٣.

[٣] بديسي فهيمة و زويوش بلال، "جودة الخدمات الصحية -الخصائص- الأبعاد -والمؤشرات"، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد ٧، ٢٠١١، ص١٤٩.

صحية بمستويات عالية تنعكس آثارها على ارتفاع مستوى هذه المؤشرات، وعليه تعطي صورة واضحة بأن افراد المجتمع يتميزون بقلة الاصابة بالأمراض والبنية السليمة ومدى عمر طويل، ولأهمية الخدمات الصحية في حياة السكان في مدينة الهندية فقد اعتمد الباحث لأجل قياس كفاءة هذه الخدمات عدة مؤشرات بشرية ومادية تساعد في الكشف عن طبيعة عمل وأداء الخدمات الصحية في المدينة، من اجل الحصول على وحدة خدمية متكاملة في المؤسسات الصحية تحقق في حالة مطابقتها للمقاييس المحلية حالة من الرفاهية الصحية للسكان، ويتم عبرها قياس واقع الخدمات المقدمة لسكان المدينة لتقدير مدى كفاءتها بما يأتي:-

اولا_ المستشفى:

لاستعراض مؤشرات الخدمة لقياس كفاءة المستشفى والتي يوضحها جدول (١)، حيث يتضح الاتي:-

١- الكفاءة العددية حسب حجم السكان

وهي تشمل المؤشرات الأتية:-

أ. معيار نسمة / مستشفى

يوضح هذا المؤشر العلاقة بين عدد المستشفيات وحجم السكان من اجل الوصول الى التوازن السكاني بين احياء وقطاعات المدينة، ويعد هذا المؤشر ذا اهمية كبيرة في تحديد مقدار حصة المستشفى من الحجم السكاني، وبغية ان يكون التخطيط سليماً لتطوير المستوى الصحي وتحقيق الموازنة المكانية، ويوجد في منطقة الدراسة مستشفى واحد فقط، وان هذا المستشفى يقدم خدماته ليس للمدينة فقط بل لعموم قضاء الهندية، فضلاً عن قضاء الجدول الغربي، فهي تخدم حجماً مرتفعاً من السكان يبلغ (٢٧٥٥٧٣) نسمة[١]، وعند الاخذ بالمعيار المحلي ان المستشفى تخدم (٥٠٠٠٠) نسمة، وعند تطبيق هذا المعيار على منطقة الدراسة فأنها تخدم حجماً مرتفعاً من السكان يبلغ (١١٤٨٤٠) نسمة، وهذا يفوق ضعف المعيار، مما يشكل ضغطاً كبيراً على المستشفى من خلال عدم قدرتها بما تمتلك من اسرة مهيأة للرقود وكادر طبي بالإضافة الى الخدمات الاخرى من استيعاب هذا الحجم السكاني الكبير، وعليه يجعلها عاجزة عن تقديم خدمات طبية بمستوى الطموح بما يحقق رفاهية صحية للسكان، ومن ثم ينعكس ذلك في مدلولاتها على نسبة السكان المستفيدين من خدمة هذه المؤسسة.

---

[١] جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، مديرية إحصاء محافظة كربلاء، تقديرات السكان (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

ب. معيار نسمة / سرير

يعد مؤشر عدد الأسرة أحد المؤشرات الصحية المهمة في خدمة السكان وتوفير العناية لهم، لذا يجب توفير اسرة التنويم المتعددة الاوضاع، تسمح للمريض بأن يكون في الوضع المناسب لحالته مع توفير اعداد احتياطية منها، لان وجود هذه الاسرة يعد من ضروريات قيام هذه المؤسسات لاستقبال المرضى الراقدين من سكان المدينة وإقليمها، فأن زيادتها توضح الإمكانيات الطبية المهيأة للعلاجات السريرية، فضلاً عن كل ما يخدم المرضى بالشكل المناسب، وعكس ذلك أن قلتها مع تزايد عدد السكان يعد مؤشراً يدل على ضعف قدرة هذه المؤسسات على القيام بواجبها.

تعد الأسرّة احد المؤشرات المهمة التي تشير إلى مستوى حجم الخدمات الطبية في المؤسسة الصحية ومتغيراً يقيس نوعية وجودة الخدمات الطبية والصحية وسعتها في تقديم خدماتها للسكان، فكان المعيار يقضي بتوفير (سرير لكل ٥٠٠ نسمة)، ووفقاً لهذا المعيار فان عدد الأسرّة بلغت (٢٧١) سرير لعام٢٠٢٠[1]، وحجم سكان المدينة البالغ (١١٤٨٤٠) نسمة، وعند تقييم كفاءة توزيع عدد الاسرة على عدد السكان على مستوى منطقة الدراسة فقد بلغت سريراً واحداً لكل (٤٢٤) نسمة/سرير، اي انها اقل من المعيار مما يؤشر على كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى الناتج عن توفر الأسرّة فيها وبما يتناسب مع حجم سكان المدينة.

ج. معيار نسمة / طبيب

يعدّ الاطباء الركن الاساسي في نظام تقديم الرعاية الصحية، وهم الوحيدون المرخص لهم من قبل الجهات ذات العلاقة في الدولة لتشخيص المشكلات الطبية والعلاجية والقيام بعلاجها، ويقومون كذلك بمتابعة مرضاهم وحالاتهم الصحية وتقويم نتائج ما قدموه لهم من اجراءات وتدابير تشخيصية وعلاجية، لذا يعد هذا المؤشر من المؤشرات المهمة التي تؤثر في مستوى التقدم الصحي، فيختلف هذا المؤشر من دولة إلى أخرى، ويظهر هذا الاختلاف في الدولة عبر الزمن، ويعود لطبيعة اختلاف الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمع، ومن خلال هذا المؤشر يمكن معرفة مستوى مؤسسات الخدمات الصحية بتقديم الخدمات الطبية للسكان،

---

[1] جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

حيث كلما كان المؤشر منخفضا هذا يعبر عن تمكن المواطنين من الحصول على الخدمة الصحية المطلوبة اكثر سهولة مما لو كان المؤشر مرتفعا.

ان المعيار المحدد كان على اساس (١ طبيب /١٠٠٠ نسمة)، بلغ عدد الاطباء في مستشفى الهندية العام (١٩٩) طبيب، وقد اتضح ان نسبة السكان الى عدد الاطباء كانت اقل من المعيار المحلي، فكان المؤشر (٥٧٧) نسمة/طبيب، وهذا يشكل مؤشراً ايجابيا على عدد الأطباء قياساً بعدد السكان.

د. معيار نسمة / طبيب اسنان

طبيب الأسنان هو الشخص المختص بتشخيص ومعالجة الأمراض التي تصيب الفم سواءً في مكوّناته الصلبة كالأسنان وعظام الفكين، أو الأنسجة الرخوة كاللثة واللسان، فيقوم بتقديم العلاج اللازم ومتابعة الحالة الصحيّة للمريض، ويعتبر طب الأسنان فريداً من نوعه إذ إن طبيب الأسنان يحتاج إلى مهارات إكلينيكية قائمة على الكفاءة لا يمكن اكتسابها إلا عبر التدريب المتخصص والرعاية المباشرة للمرضى وأن يكون لديه معرفة مهنية وعلمية مدعومة بـ العلم الحديث، كما وتقدم التطورات العلمية والتكنولوجية أساسًا للتقنيات الجديدة في طب الأسنان[١].

ان المعيار المحلي هو طبيب اسنان لكل (٢٠٠٠) نسمة، وقد اتضح ان مستشفى منطقة الدراسة تخلو من اطباء الاسنان، وهذا يعد مؤشر سلبي يؤثر على كفاءة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى مما يحرم السكان من الحاجة لهذه الخدمة، وعليه اجبارهم بالذهاب الى العيادات الخاصة لأطباء الاسنان او المراكز الصحية.

هـ. معيار نسمة / صيدلي

يوضح هذا المعيار العلاقة بين عدد الصيادلة الذين يعملون على توفير الدواء للمريض بعد إن يشخص الطبيب المرض ويحدد العلاج المناسب له، كل مستشفى تحتاج الى عدد من الصيادلة للعمل في توفير الأدوية وادوات العلاج والتأكد من وصولها الى المرضى وممارسة الوظائف الصيدلية غير التقليدية[٢].

---

(1) Yegane Guven, Scientific basis of dentistry, Istanbul Univ Fac Dent, 51, 3, 2017, p 68.

(٢) محمد عبد المنعم شعيب، ادارة المنظمات الصحية–المستشفيات، ج٣، ط١، دار النشر للجامعات، القاهرة، ٢٠١٣، ص٥٥.

لقد اقتصر دور الصيدلية سابقاً على تجهيز الدواء للمرضى الراقدين في المستشفى والمراجعين من العيادة الخارجية[١]، إلا انه قد طرأ تحسن كبير وواضح على عمل الصيدلية حاليا، من حيث تقديم المشورة والتعليم للمرضى في وقت صرف الادوية وما بعدها، ومعرفة ما اذا كان المريض يعاني من صعوبات مع الدواء، من اجل الاستعمال الآمن من قبل المريض، والعمل على تعزيز الالتزام بالدواء، وتقديم التوعية والنصائح الصحية للمجتمع، هذا ما نتج عنه زيادة الوعي الدوائي لدى بعض المرضى والمراجعين وسعيهم للحصول على مستوى عال من النوعية في الدواء المقدم لهم، كما ساهم التوسع الحاصل في مجال الصناعة الدوائية انعكس ذلك على توفر انواع متعددة من الادوية ومن مناشئ مختلفة، تعالج امراض متعددة ولا تقتصر على امراض معينة، مما يستوجب على ادارة قسم الصيدلية متابعة ذلك وبما يحقق الاستخدام السليم للأدوية.

ان المعيار المحلي هو صيدلي واحد لكل (٢٠٠٠٠) نسمة، وقد بلغ عدد الصيادلة في مستشفى الهندية العام (٥٦) صيدلي، فكان المؤشر (٢٠٥٠) نسمة / صيدلي، وهي نسبة تعد اقل من المعيار، وان لزيادة اعداد الصيادلة يسهل إمكانية حصول المواطنين على الادوية والمستلزمات الطبية الاخرى من دون بذل مزيد من الجهد والتكلفة التي ترهق كاهل المراجع.

و. معيار نسمة / ذوي المهن الصحية

يشير هذا المعيار الى مدى توفر الكادر من ذوي المهن الصحية وهم المرخص لهم من قبل وزارة الصحة العمل بعد اجتيازهم التدريب ولديهم الخبرات اللازمة لخدمة السكان وتقديم الرعاية الطبية لهم، من خلال توفير خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والترويجية والتأهيلية بطريقة منظمة للأفراد والعائلات والمجتمعات وتقع عليهم المسؤولية المهنية والقانونية من جراء ممارسة المهنة طبقا لأخلاقيات مهنة الطب.

ان الزيادة السكانية التي تأتي لاسيما عن طريق الزيادة الطبيعية او الهجرة يجب ان يقابلها زيادة احتياجاتها ولاسيما من الخدمات الصحية، كذلك يجب ان تكون ثمة زيادة في نسبة العاملين من ذوي المهن الصحية على اختلاف مهنهم ومستوياتهم من اجل تحقيق التوازن في علاقتهما، للوصول الى تحسين كفاءة الخدمة لنيل رضا المراجعين والمرضى الراقدين او سكان المدينة بشكل عام عن العمل الصحي المقدم للمستفيدين منه، يعتبر هذا المؤشر من المؤشرات

---

[١] ثامر ياسر البكري، مصدر سابق، ص١٥٢.

المهمة حيث من خلاله يمكن قياس مدى كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للسكان، ان المعيار المتبع هو مهنياً واحدا لكل (٤٠٠-٥٠٠) نسمة، وكان عدد ذوي المهن (٣٣٩) موظف، وطبقا لهذا المعيار فأن نصيب ذوي المهن الصحية في المستشفى (٣٣٩) نسمة / موظف من ذوي المهن الصحية، وهذا المعدل اقل من المعيار المحلي، مما ينعكس ايجاباً على كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، بالتالي قيام الكوادر من ذوي المهن الصحية بواجباتهم بالصورة التي تزيد من جودة خدماتهم.

ز. معيار نسمة / الكادر التمريضي

عرفت مهنة التمريض على انها علم وفن يهتم بالإنسان والمجتمع لإدامة الصحة وتحسين الحالة الصحية للإنسان وتقديم العناية التمريضية للمصابين بالأمراض والعاهات وعند الكوارث، ومساعدتهم في تلبية الحاجات الضرورية ووقايتهم من الإصابة والاختلاطات الجانبية[١]، ويقوم الممرض بإنجاز خدمات صحية للمريض متمثلة بتقديم الرعاية الطبية الكاملة ومساعدته على تجاوز مشكلاته التي يتعرض لها سواء في الجانب النفسي او الاجتماعي وايصاله الى بر الامان، ومتابعة الحالة الصحية للمريض مع الطبيب، بالإضافة الى تعزيز الثقة النفسية لدى المريض في قدرته على الشفاء والحد من معاناته، والمساهمة في رفع المستوى الصحي للمجتمع عامة من خلال برامج التوعية والتثقيف الصحي من اجل الحفاظ على سلامة الافراد وتوفير حياة افضل لهم، فيما يتعلق بالكوادر التمريضية البالغ عددهم (٥٠٣) ممرضاً في مستشفى الهندية العام، وبلغت قيمة معدل هذا المؤشر (٢٢٨) نسمة / ممرض، ويعد معدلا منخفضا عن المعيار المحلي المحدد (٥٠٠) نسمة لكل ممرض، بما ينعكس ايجاباً على تلبية احتياجات المرضى المراجعين من الخدمة الصحية وبكفاءة عالية.

ح. معيار نسمة / الملاكات المختبرية

ان الكوادر المختبرية لهم دور مهم في الخدمات الصحية بشكل عام حيث يقوم بأجراء الفحوص اللازمة على العينات كجزء من تشخيص الأمراض والعلاج والوقاية منها، وتأتي أهمية المختبر من أنه العامل المساعد للطبيب في تشخيص موضع المرض، فضلا عن دوره المهم في التشخيص الطبي قبل اجراء العمليات، وتعتمد كفاءة هذا القسم على نوعية الأجهزة المستخدمة،

---

[١] ثامر ياسر البكري، مصدر سابق، ص١٠٦.

لذا يعد العاملون في الملاكات المختبرية من العناصر الاساسية في الخدمات الصحية، نتيجة ما يقع على عاتقهم من مهام كبيرة، لذا فأن نقص هذه الملاكات يعد خللًا في كفاءة تلك الخدمات، ولهذا المؤشر اهمية كبيرة لأنه يمثل محطة قياس أدق متغيرات الخدمة الصحية، وان المعيار المتبع على اساس (١/٢٥٠٠) نسمة، وقد بلغ عدد الكوادر المختبرية في مستشفى الهندية العام (١١٧) مختبري، فكان المؤشر (٩٨٢) نسمة/١ كادر مختبري، أي انها اقل من المعيار المحلي مما يدل على كفاءة الخدمة الصحية المقدمة حسب هذا المعيار.

٢- الكفاءة العددية حسب حجم الكوادر الصحية

أ. معيار ذوي المهن الصحية / طبيب

يبين هذا المعيار عدد ذوِي المهن الصحية (مساعد طبيب، مساعد صيدلاني، مساعد مختبر، وغيرهم) لكل طبيب عبر مدة زمنية معينة، ويعد من المؤشرات المهمة لتقييم مستوى كفاءة استخدام الموارد البشرية في القطاع الصحي، خاصة وان هاتين الفئتين (ذوِي المهن الصحية والاطباء) يعدان عنصران اساسيان من الموارد البشرية ذات الاهمية الكبيرة في الخدمات الصحية، اذ يساهمون في انجاز النشاطات الصحية الرئيسة، وهذا يتطلب وجود نمط (هيكل) متوازن للعلاقة بين هاتين الفئتين وان أي خلل في هذا الهيكل ينعكس سلباً على كفاءة استخدامها ومن ثم انخفاض كفاءة اداء المستشفى بالشكل عام.

اما عند تطبيق هذا المؤشر وفق المعيار البالغ (٢ ذوي مهن صحية لكل طبيب) وهو ضمن الحدود المقبولة مع ما هو متوفر من اعداد العاملين في مؤسساتنا على نطاق العراق، وقد بلغ عدد ذوي المهن الصحية (٣٣٩) و(١٩٩) طبيب، وعند تطبيق المعيار على مستوى منطقة الدراسة فقد بلغ (١,٧) ذوي مهن/طبيب، أي ما يقارب (٢) ذوي مهن صحية لكل طبيب، وهو ضمن المعيار العراقي، وهذا يعني ان حصة الطبيب تحقق درجة الرضا كخدمة مما يدل على وجود فرص أفضل لتقديم العناية الصحية للمرضى ويؤثر هذا في كفاءة الخدمة الصحية المقدمة للسكان.

ب. معيار عدد الممرضين / طبيب

يعد العاملون في التمريض من العناصر الأساسية في الخدمات الصحية، حيث يقع على عاتقهم مهام كبيرة، لذا يمثل نقص تلك الكوادر خللاً في كفاءة تلك الخدمات، فقد يقوم هؤلاء

بتوفير المستلزمات الطبية للطبيب والمستلزمات العلاجية للمريض، ومراقبة حالة المريض والحرص على إعطاء الدواء في موعده[١]، وقد حدد المعيار (٣) ممرض لكل طبيب.

ان انخفاض اعداد الممرضين يحمّل الاطباء اعباء اضافية، مما يتطلب منهم القيام بأعمال تمريضية فيقوم بدور الطبيب والممرض معا، مما يقلل كفاءة الخدمة العلاجية، وفي منطقة الدراسة بلغ عدد الممرضين (٥٠٣) ممرض و(١٩٩) طبيب[٢]، فتكون النسبة (٢,٥) ممرض/طبيب، اي ما يقارب (٣) ممرضين لكل طبيب وهو ضمن المعيار المحلي.

ج. معيار المرضى الراقدين / طبيب

يعرف المريض الراقد بأنه الشخص المريض الذيِ يشغل سرير في المستشفى ويستعمل خدمات التشخيص او العلاج ويتم احتساب دخول واحد للمريض الراقد عبر اقامته في المستشفى حتى اذا تم نقله من قسم الى قسم اخر ويتم فتح سجل طبي له[٣]، ان المؤسسات الصحية هي المكان الصحي المخصص لرقود المرضى الذين هم بحاجة للعناية الصحية اللازمة فيتلقوا العناية الكافية من قبل الأطباء والملاكات الطبية والصحية.

يوضح هذا المؤشر دور الاطباء في معالجة المرضى الراقدين والاهتمام بهم، حيث ان لكل طبيب عدد محدود من المرضى الراقدين، ففي حالة ارتفاع عدد المرضى فأن ذلك يولد ضغطاً كبيرا ينعكس سلباً على كفاءة الخدمة الصحية للأطباء، بالإضافة الى قلة الوقت المخصص في المعاينة والتشخيص للمرضى الراقدين، أما في حالة ازدياد عدد الاطباء فسوف يسهم ذلك في توفر امكانية معالجة اكبر قدر ممكن من المرضى، ويكون العلاج والتشخيص بصوره افضل عندما يكون عدد المراجعين اقل، مما يؤدي الى عمل افضل وتركيز اعلى بالنسبة للطبيب ويكون العمل موزع على اكثر من طبيب واحد بصورة مقبولة ويكون التشخيص اكثر دقة، واهتمام بصورة اكبر وبكفاءة اعلى.

---

[١] خلف حسين على الدليمي، تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية اسس – معايير– تقنيات، مصدر سابق، ص١١٠.

[٢] جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

[٣] فريد توفيق نصيرات، ادارة المستشفيات، ط ١، دار اثراء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨ ، ص ١٨٧.

لقد أشار المعيار إلى أن حصة كل طبيب (٢٠) مريضاً راقداً، فقد بلغ عدد المرضى الراقدين (١٥٣١٦) مريضاً راقداً لسنة ٢٠٢٠ و(١٩٩) طبيب[١]، فبلغ المعدل السنوي لعدد المرضى الراقدين (٧٧) مريضا لكل طبيب، وهو معدل مرتفع جدا مقارنة بالمعدل المحلي، وهذا يعكس حجم الضغط الذي يقع على عاتق الطبيب الواحد مما يؤثر سلبا على كفاءة تقديم الخدمات الصحية بصورة كفوءة للمرضى الراقدين.

د. معيار عدد المرضى الراقدين / عامل ذوي المهن الصحية

يعد هذا المؤشر من المؤشرات المهمة في قياس وتحديد مدى كفاءة الخدمات الصحية، لان عامل ذوي المهن الصحية من العناصر الاساسية في تقديم الخدمة الصحية، لذا يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الراقدين الذين يقوم بخدمتهم كل عامل من ذوي المهن الصحية، حيث كلما قل عدد المرضى المخصصين لكل عامل من ذوي المهن الصحية كلما ارتفع حجم العناية الصحية بهم، وعلى العكس من ذلك في حالة ازدياد اعداد المرضى لكل عامل على اعتبار ان العامل من ذوي المهن الصحية لا يستطيع ان يقدم الخدمات الصحية بكفاءة جيدة لعدد كبير من المرضى الراقدين، مما يحمّل الاعباء الكبيرة والتي تقع على عاتق كل عامل، وتزداد اهمية ذوي المهن الصحية خاصة بالنسبة للمرضى الراقدين في المستشفى ولاسيما بتقديم الخدمات العلاجية ومساعدة المرضى قبل وبعد إجراء المداخلات الجراحية وهم يمثلون الملاك الوسطي في القطاع الصحي، لقد بلغ عدد المرضى الراقدين في منطقة الدراسة (١٥٣١٦) مريضاً راقداً و(٣٣٩) ذوي المهن الصحية[٢]، فكانت النسبة هي (٤٥) مريضاً راقداً لكل عامل من ذوي المهن الصحية، وهي نسبة مرتفعة جدا مقارنة بالمعيار البالغ ٦ مرضى راقدين/١ من ذوي المهن الصحية، مما ينعكس سلباً على الخدمة الصحية التي يقدمها هؤلاء المنتسبون في المستشفى، بالإضافة الى الاعباء الكبيرة التي يواجهونها في عملهم عند تقديم الخدمة خاصة مع تزايد الاعداد للمرضى الراقدين.

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

(٢) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

هـ. معيار عدد الاسرّة / الطبيب

يوضح هذا المؤشر كفاءة عمل الطبيب في المستشفى، عبر تحديد نسبة ما يصيب الطبيب الواحد من الاسرّة التي يقوم بخدمتها خلال مدة زمنية محدده، ويطلق عليه أيضا بمؤشر إنتاجية الطبيب، فزيادة عدد الاسرّة للطبيب الواحد يعني تدني مستوى الخدمة الصحية في المستشفى، وعلى العكس من ذلك فأن انخفاضها يوضح مدى جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى الراقدين، وكان المعيار البالغ (٥-٦) أسرّة لكل طبيب واحد، وعبر اعتماد هذا المؤشر، فأن معدل الأسرّة لكل طبيب بلغ (١)، وهو مؤشر منخفض قياساً بالمعيار المتبع، وهذا يدل على أن الأطباء يقومون بعملهم بصورة كفوءة في خدمة مرضاهم، ويقومون بخدمة عدد قليل من الأسرّة، بالتالي يقل الجهد الذي يقدمه كل طبيب، مما ينعكس ايجاباً على الوقت المخصص لكل سرير من وقت الطبيب، وكذلك على راحة الطبيب وعدم شعوره بالإرهاق، حيث كلما زاد عدد الاطباء بالنسبة للأسرة العلاجية كان افضل والعكس صحيح.

و. معيار عدد الاسرة / ذوي المهن الصحية

إن كفاءة أداء عمل المستشفيات مرتبطة بالحيز المكاني المتمثل بالسرير، وهو المكان الخاص لرقود المريض فيه حتى يتسنى له الوصول الى حالة الشفاء والحصول على أفضل مستوى صحة، ومن ثم يطمئن الطبيب المختص عليه قبل أن يغادر المستشفى، لاسيما وأن في مدة معينة ينشغل الطبيب مع مرضى آخرين خلال مدة دوامه في المستشفى، أو لديه التزامات أخرى، ولهذا يتحتم عليه أن يترك المرضى لبرهة من الوقت ويسلم زمام المتابعة والعلاج الى ذوي المهن الصحية للقيام بمهمة مراقبة ومتابعة حالة المريض والقيام بما تستلزمه حالته الصحية من زرق الإبر أو استبدال الضمادات والمغذيات ومدى استجابته للعلاج، وما الى ذلك من أعمال أخرى، وهذه الإجراءات بدورها تسهم بجزء كبير في نجاح الإجراءات الطبية وصولا لتحقيق مستوى خدمة افضل.

ان المعيار المتبع لمؤشر عدد الأسرّة لكل عامل من ذوي المهن الصحية هو (٣ أسرّة /١ ذوي المهن الصحية)، لقد بلغت عدد الاسرّة (٢٧١) سرير و(٣٣٩) ذوي المهن الصحية[١] فكانت النسبة (١) سرير لكل عامل من ذوي المهن الصحية، وهي نسبة منخفضة جدا، مما يدل

---

(١) جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

على ان الاسرة الموجودة في المستشفى تتلقى عناية كافية من لدن هؤلاء العاملين، ويعد مؤشرا جيدا في استخدام الاسرة من قبل ذوي المهن الصحية وبكفاءة عالية، كما يشير الى التوازن والانسجام الجيد بينهما.

ز. معيار عدد الأسرّة / ممرض

يقيس هذا المؤشر كفاءة استخدام الكادر التمريضي في المستشفى على أساس عدد الأسرّة الموجودة فيها، اي نصيب الممرض الواحد من اسرة المستشفى، وتكمن الاستفادة الجيدة من الممرضين عندما يتناسب عددهم مع عدد الأسرّة في المستشفى على افتراض ان الممرض الواحد يخدم وبكفاءة أعلى كلما قل عدد الأسرّة المخصصة له، ويتضح الدور الحيوي للكادر التمريضي في تقديم الخدمة الصحية والطبية حيث ان الممرض او الممرضة هي الشخصية التي تكون على اتصال مباشر بالمرضى، وتعد كذلك حلقة الاتصال بين الطبيب المعالج والمريض واهله وذويه، بالإضافة الى مساعدتهم لتخفيف آلامهم العضوية والنفسية، وتجنب حدوث اي مضاعفات بسيطة كانت او شديدة، وان نشاط الممرض في اي مستشفى يشغل مساحة كبيرة في نشاط الخدمة الصحية والطبية، فكان المعيار المتبع (٣-٤) أسرّة لكل ممرض، وقد بلغ هذا المعيار في منطقة الدراسة (١) سرير/ممرض، وهو معدل منخفض مقارنة بالمعيار، وان انخفاض المعدل جاء نتيجة لقلة عدد الاسرّة، مما يعني ان الممرض يخدم اسرة اقل من المعدل المخصص له.

نسبة أشغال السرير(*)

يقيس هذا المؤشر مدى أشغال الأسرّة في المؤسسات الصحية عبر مدة زمنية معينة، حيث يمكن من خلاله التعرف على وجود أسرّة غير مستغلة أو عدم وجودها خلال فترة زمنية معينة. كما يؤثر هذا المقياس بنسبة الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة في المستشفى على النحو الذي يعزز من اداء المستشفى، وبخلاف ذلك لا يتحقق الاستغلال التام للأسرة خلال الفترة المتاحة(١).

(*) أحتسب المعدل على وفق الصيغة آلاتية = $\frac{\text{مجموع عدد ايام المرضى الراقدين خلال سنة 2020}}{\text{عدد الأسرّة للسنة نفسها} \times 365 \text{ يوم}} \times 100$

ينظر: محمد عبد المنعم شعيب، ادارة المعاصرة – تقييم الاداء– الجودة الشاملة– اعتماد المستشفيات، ج٧، دار النشر للجامعات، القاهرة، ٢٠١٤، ص٧٥.

(١) سليم بطرس جلدة، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، ط١، دار الشروق، ٢٠٠٧، ص١٠٧.

تهدف المؤسسات الصحية بصورة عامة إلى معالجة اكبر عدد ممكن من المرضى ولا يمكنها القيام بذلك أذا لم يكن لديها كفاءة في إشغال أسرّتها من المرضى الراقدين، والجدير بالذكر ان كلما ازدادت النسبة اشارت الى كفاءة استغلال السرير في المستشفى مما يقلل من مدة المكوث فيها، وعلى العكس يشير انخفاض النسبة إلى أن هناك أسرّة غير مستغلة بصورة كفوءة أو معطلة مما تزيد من مدة مكوث المريض وبالتالي من فترة المعالجة والعناية للمرضى الراقدين، وكذلك يدل هذا مؤشر على عدم استغلال الأسرّة بشكل سليم، وتشير الدراسات الى وجود علاقة بين حجم المستشفى وحقل الاختصاص الذي تمثله ودرجة الكثافة السكانية من جهة، ونسبة اشغال السرير الواحد من جهة اخرى، ومن الطبيعي ان تزداد نسبة اشغال السرير بالنسبة للمستشفيات التي توجد في مناطق ذات كثافة سكانية عالية او المستشفيات التي تقوم بمعالجة انواع معينة من الامراض، لذلك فان تحقيق الاشغال التام أي اشغال السرير بمعدل ١٠٠% لا يعد مؤشرا ايجابيا بشكل مطلق، اذ قد يشير الى وجود نقص في الاسرة والخدمات الصحية اكثر مما يشير الى كفاءة عالية في استخدام الاسرة لذلك فان النسبة التي تعد مقبولة هي اقل من ١٠٠% وتحديد ما بين (٨٠–٩٠%)، اذ انها تشير الى درجة عالية من الكفاءة في استخدام الاسرة المتوافرة مع توافر مرونة وفائض ضروري للظروف الاستثنائية[١]، لقد بلغت نسبة أشغال السرير في مستشفى الهندية العام (٥١%) وهي نسبة منخفضة الى النسبة المقبولة (٨٠–٩٠%) مما يشير إلى كفاءة متوسطة في الأداء للأسرّة.

ح. المعدل السنوي لمكوث المريض[*]

يتميز هذا المؤشر عن غيره انه يعطي صورة دقيقة وواقعية عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى الراقدين عبر بقائهم في السرير عبر مدة زمنية معينة، فيعكس هذا المؤشر كثافة المكوث (مدة بقاء المريض في المستشفى)، وكلما كانت الخدمات الصحية المقدمة للمرضى الراقدين جيدة وكفوءة كلما قلل من مدة بقاء المريض فاسحاً المجال لمريض آخر بالرقود في محله وهكذا، مما يعطي مؤشراً واضحاً عن كفاءة الأسرّة وعلى العكس فكلما كانت الخدمات الصحية المقدمة للمرضى الراقدين غير كفوءة، أي ان المريض لم يحصل على العلاج

---

[١] رعد ارزوقي اصطفيان، عبد الرزاق مرتضى وناصر مخائيل، ادارة مخازن المستشفيات، دار التقني للطباعة والنشر، بغداد ١٩٨٤ ص ٣٧٢ .

[*] أحتسب المعدل على وفق الصيغة آلاتية = $\frac{\text{عدد الاسرّة} \times 365 \text{ يوم لسنة } 2020}{\text{عدد المرضى الراقدين لسنة } 2020}$

المطلوب مما تتأخر عملية شفاءه، وتزداد بذلك مدة بقائه في السرير مما يدل على عدم كفاءة ذلك السرير، ويستخدم هذا المعدل في دراسات كفاءة طرق المعالجة والعناية الطبية التي تقدمها المستشفى لمرضاها[١]، لقد بلغ معدل مكوث المريض في المدينة (٦,٤) يوم لعام ٢٠٢٠.

ثانيا: تقييم كفاءة مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية

سوف يتم التعرف على المؤشرات الخاصة لقياس كفاءة الخدمة الصحية لمراكز الرعاية الصحية الاولية في المدينة والتي يوضحها جدول (٢) وبما يلي:-

١- معيار نسمة / مركز

يعد هذا المعيار احد الأسس المعتمدة في التصنيف، وله اهمية كبيرة في تحديد مقدار حصة كل مركز من الحجم السكاني، وهو بذلك يقدم للمخططين وأصحاب القرار مقياساً يمكن من خلاله تحديد اتجاهات تنمية المراكز الصحية في منطقة الدراسة، ومعرفة ما ينجم عن هذه العملية من مشكلات اجتماعية او اقتصادية كماً ونوعاً[٢].

ان المعيار المتبع هو (١٠٠٠٠) نسمة/مركز صحي، وعند الاخذ بالمعيار المحلي كخطوة نحو الرقي الصحي، نجد انها تخدم معدلا مرتفعاً من السكان يصل الى (٢٢٩٦٨) نسمة لكل مركز صحي، وهو بذلك يفوق المعيار المحلي بأكثر من ضعف، لكن نجد ان (مركز صحي الهندية النموذجي) يخدم سكان يفوق المعيار المحدد بخمسة أضعاف المعيار (٦١٤٠٠) نسمة، و(المركز الصحي النموذجي في الحي العسكري) بأربعة اضعاف المعيار (٥٩٠٠٠) نسمة، و(مركز صحي مليبيج)، و(مركز صحي الجانب الصغير) بأكثر من ثلاثة اضعاف المعيار(٤٠٥٤٣) نسمة، (٤٠٩٠٧) نسمة على التوالي، اما (مركز صحي حي الحسين) فكان عدد السكان المخدومين فيه يفوق المعيار بصورة قليلة (١٨٥٤٠) نسمة، وهذا يشير الى تخلف المراكز عن المعيار التخطيطي المتبع، وإلى عدم كفاية المراكز الصحية وتدني كفاءتها في خدمة السكان، ويتضح حسب هذا المؤشر مدى الزخم الحاصل على المراكز الصحية حيث ينخفض مستوى تقديم الخدمات الصحية للسكان، بالتالي يجعلها غير قادرة على تقديم خدماتها بشكل جيد للسكان، لان الجهات الصحية تخصص حصة من الكوادر العاملة ومن توفير الأدوية اللازمة لاستقبال (١٠٠٠٠) نسمة فقط، مما يؤدي الى ضعف الاداء الخدمي والوظيفي فيها.

---

[١] حنان محمود مخيبر، مصدر سابق، ص١٧٧.

[٢] صلاح حميد الجنابي، جغرافية الحضر اسس وتطبيقات، جامعة الموصل، ٢٠١١، ص ١٧.

٢- معيار نسمة / طبيب

ان المعيار المحدد هو (٢) طبيب لكل (١٠٠٠٠) نسمة، بمعنى ان الطبيب الواحد يخدم (٥٠٠٠) نسمة، وتبين من خلال الدراسة أن هناك تباين في مؤشرات معيار نسمة/طبيب ما بين المراكز الصحية في مدينة الهندية كما موضح في جدول (٢١) وخريطة (١١)، حيث جاء (مركز صحي مليبيج) بالمرتبة الاولى وقد بلغت قيمة المعيار (١٠١٣٥) نسمة/ الطبيب، مما جعلة اكثر المراكز الصحية في المدينة مسؤولاً عن حجم سكان اكبر مما ينعكس على الاطباء حيث يكون عليهم عبئ اكثر، ثم جاء بعده (المركز الصحي النموذجي في الحي العسكري)، فكان المؤشر (٩٨٣٣) نسمة/ الطبيب، ثم (المركز الصحي الهندية النموذجي)، فبلغ المعيار (٨٧٧١) نسمة/ الطبيب، ثم تلاه (المركز الصحي في الجانب الصغير) فكان المعيار (٨١٨١) نسمة/ الطبيب، وهو اعلى من المعيار، اما (مركز صحي حي الحسين) فقد جاء بالمرتبة الاخيرة حيث بلغ المعيار (٤٦٣٥) نسمة/الطبيب، وهو المركز الصحي الوحيد الذي يقع ضمن المعيار.

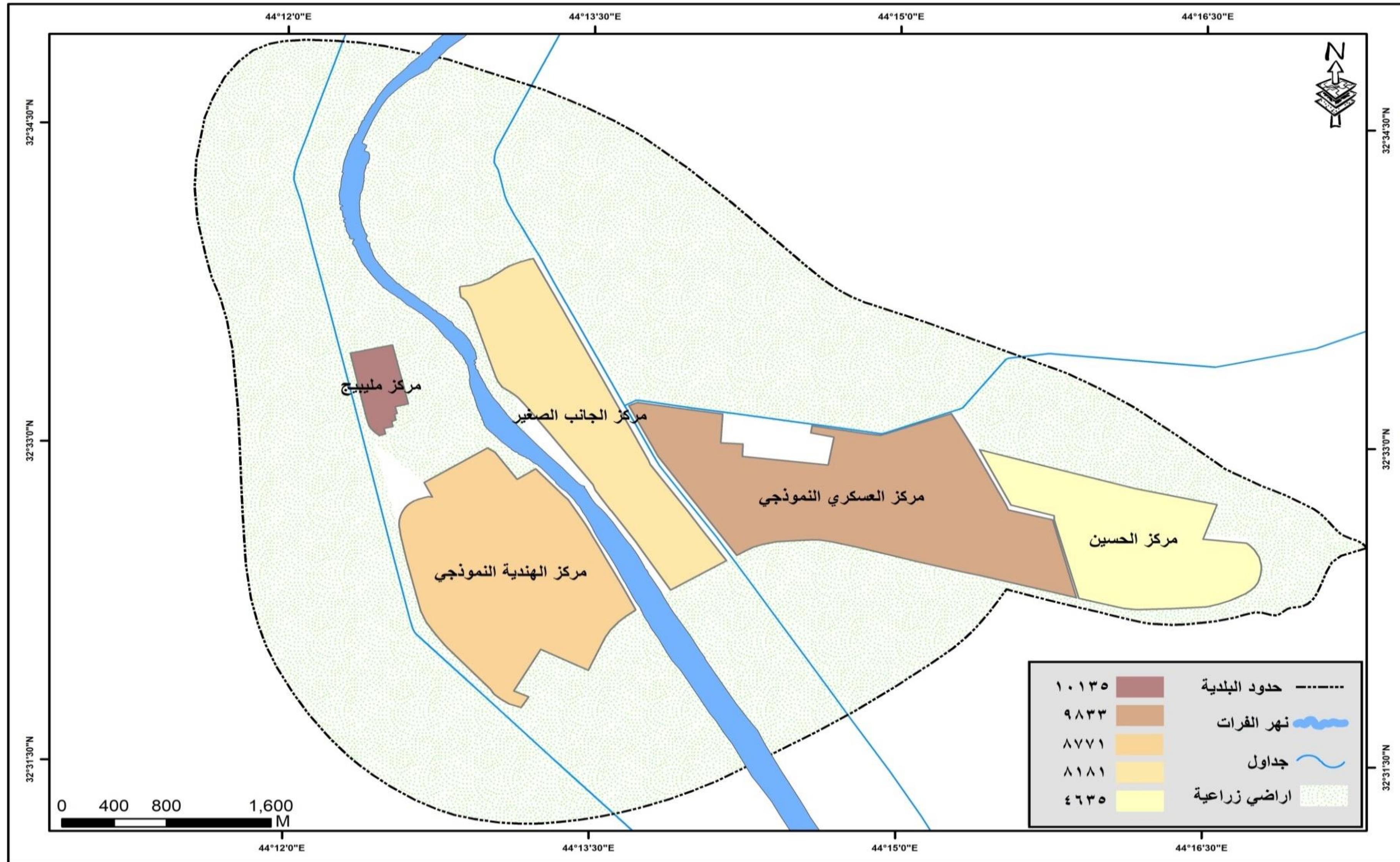
جدول (٢١) معيار نسمة/طبيب لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠

ت	اسم المركز الصحي	معيار نسمة/طبيب
١	مليبيج	١٠١٣٥
٢	العسكري النموذجي	٩٨٣٣
٣	الهندية النموذجي	٨٧٧١
٤	الجانب الصغير	٨١٨١
٥	حي الحسين	٤٦٣٥

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (١١) معيار نسمة/طبيب لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول (٢١).

٣- معيار نسمة / طبيب اسنان

يقوم طبيب الاسنان بالعناية بصحة الفم والأسنان واللثة، ويقوم بمعالجة الامراض التي تصيب الاسنان كما يهتم بمساعدة وتوعية المرضى حول الاهتمام بنظافة وصحة الفم، لقد بلغ المعيار المتبع طبيب أسنان واحد لكل (١٠٠٠٠) نسمة، واتضح أن هناك تباين في مؤشرات معيار نسمة/طبيب اسنان ما بين المراكز الصحية في مدينة الهندية كما موضح في جدول (٢٢)، وخريطة (١٢)، لقد جاء (مركز صحي مليبيج) بالمرتبة الاولى بقيمة بلغت (١٠١٣٥) نسمة/طبيب اسنان، وهو اعلى من المعيار، مما يجعله اكثر المراكز الصحية مسؤولاً عن حجم سكان اكبر وهذه بدوره ينعكس على اطباء الاسنان حيث يكون عليهم عبء اكثر، اما المراكز الصحية الاخرى وكانت اقل من المعيار مع تباينها في حجم السكان المسؤول عنه وتمثلت بـ (المركز الصحي النموذجي في الحي العسكري) حيث بلغت قيمة المعيار (٧٣٧٥) نسمة/طبيب اسنان، ثم تلاه (مركز صحي الهندية النموذجي) بمعيار بلغت بقيمته (٦١٤٠) نسمة/طبيب اسنان، ثم جاء بعده (المركز الصحي في الجانب الصغير) بمعيار (٥١١٣) نسمة/طبيب اسنان، ثم (مركز صحي حي الحسين) بلغت قيمة المعيار (٤٦٣٥) نسمة/طبيب اسنان، فقد جاء في المرتبة الاخيرة.

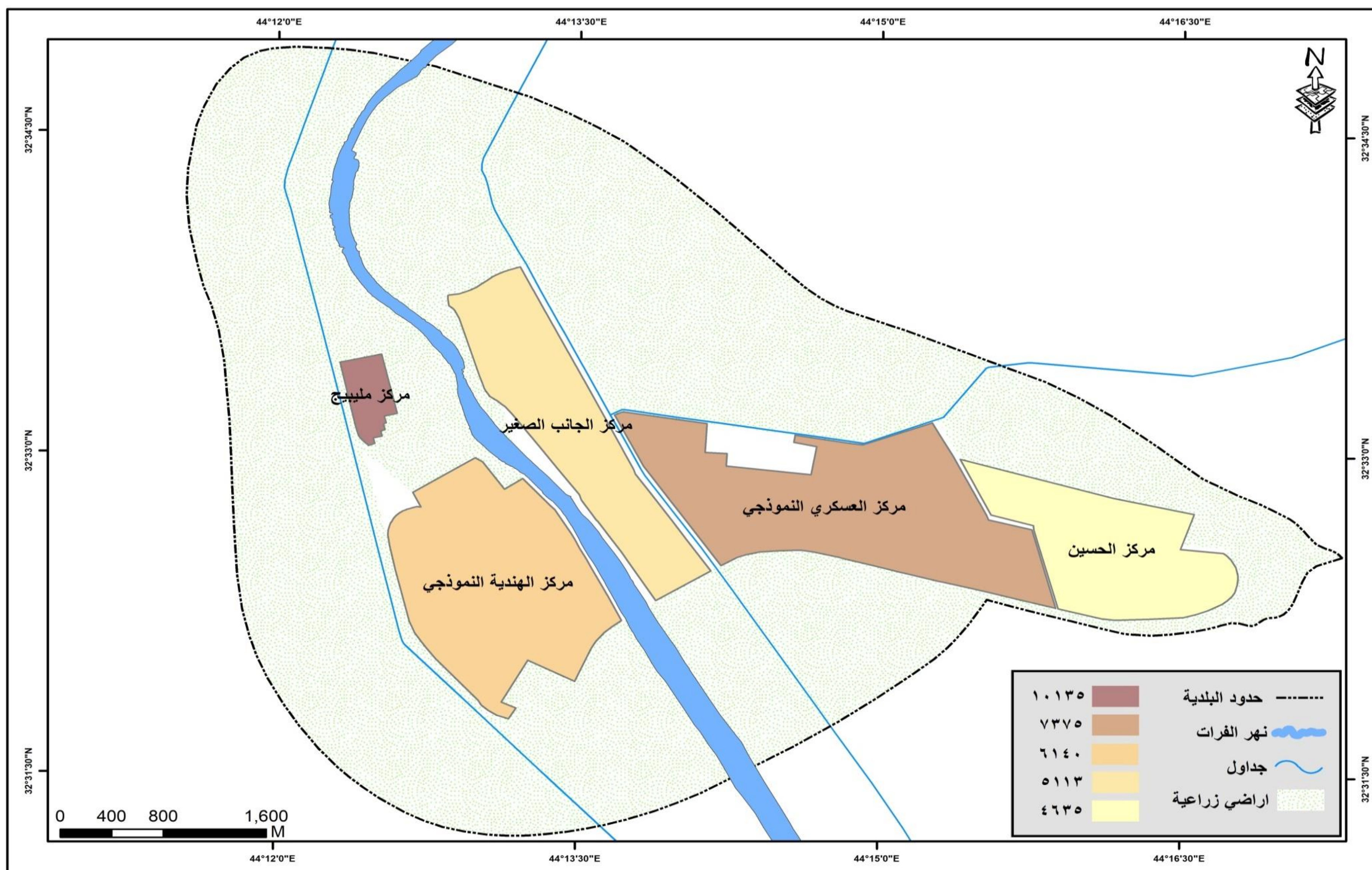
جدول (٢٢) معيار نسمة/طبيب الاسنان لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠

ت	اسم المركز الصحي	معيار نسمة/طبيب اسنان
١	مليبيج	١٠١٣٥
٢	العسكري النموذجي	٧٣٧٥
٣	الهندية النموذجي	٦١٤٠
٤	الجانب الصغير	٥١١٣
٥	حي الحسين	٤٦٣٥

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (١٢) معيار نسمة/طبيب الاسنان لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٢٢).

٤- معيار نسمة / صيدلي

يعد الصيدلي المساعد الاول والرئيسي للطبيب فهو الذي يتولى مهمة توفير وصرف الأدوية ويقدم المعلومات اللازمة عنها للمريض، كما يمتلك الصيدلي جميع المعلومات اللازمة التي تخص الادوية والعقاقير الطبية، وعملية الحصول عليها من قبل الصيدليات ومذاخر الادوية امرا مهماً في عملية اكمال عمل المنظومة الصحية، وهي تعد بذلك جزء مهم في العملية العلاجية، فضلاً عن توفير الادوية الوقائية، وفي هذا الدور، يتأكد الصيدلي من الاستعمال الآمن والفعال للأدوية، بالإضافة الى بيان الآثار الجانبية للعقاقير الطبية والسيطرة على الأمراض، عن طريق مراقبة وتحسين طرق واساليب العلاج.

ان المعيار المحدد هو (٢٠٠٠٠) نسمة /صيدلي، ويوجد هناك تباين في مؤشرات معيار نسمة/صيدلي ما بين المراكز الصحية في مدينة الهندية، كما موضح في جدول (٢٣) وخريطة (١٣)، فقد جاء (مركز صحي الهندية النموذجي) بالمرتبة الاولى بأعلى قيمة بلغت (٧٦٧٥) نسمة/صيدلي، ثم جاء بعده (مركز صحي الجانب الصغير) بمعيار بلغت قيمته (٦٨١٧) نسمة/صيدلي، ثم تلاه (مركز صحي مليبيج) بمعيار (٦٧٥٧) نسمة/صيدلي، ثم جاء بعده (المركز صحي النموذجي في الحي العسكري) بلغت قيمة المعيار (٨٤٢٨) نسمة /صيدلي، اما (مركز صحي حي الحسين) فجاء بالمرتبة الاخيرة، فقد بلغ المعيار (٣٧٠٨) نسمة/صيدلي، وكانت هذه المراكز اقل من المعيار مع تباينها في حجم السكان المسؤولة عنه.

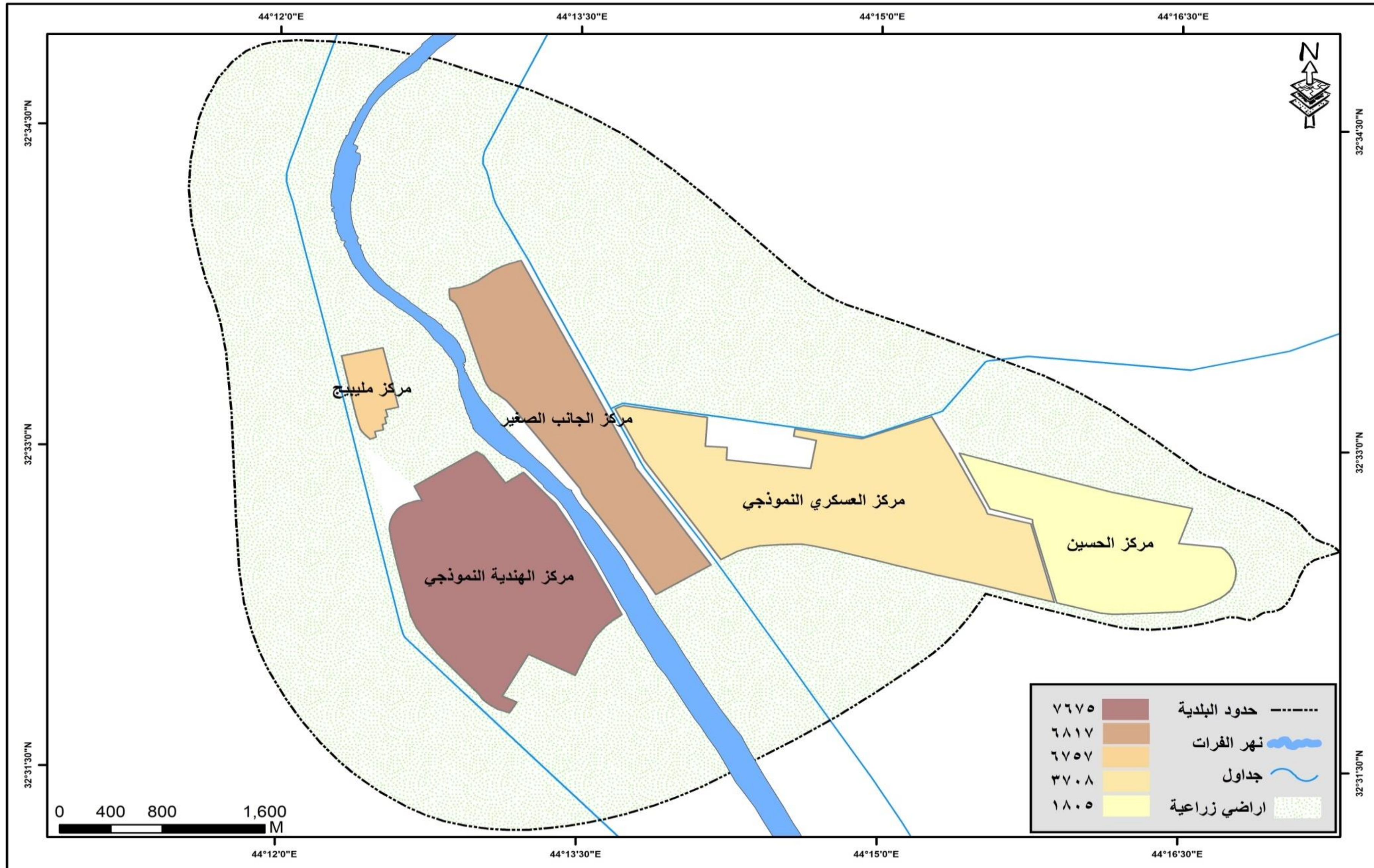
جدول (٢٣) معيار نسمة/صيدلي لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠

ت	اسم المركز الصحي	معيار نسمة/صيدلي
١	الهندية النموذجي	٧٦٧٥
٢	الجانب الصغير	٦٨١٧
٣	مليبيج	٦٧٥٧
٤	العسكري النموذجي	٨٤٢٨
٥	حي الحسين	٣٧٠٨

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على: -

جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (١٣) معيار نسمة/صيدلي لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٢٣).

٥- معيار نسمة / ذوي المهن الصحية

ان المعيار المحدد هو (٨) من ذوي المهن الصحية لكل (١٠٠٠٠) نسمة، وان هناك تباين في مؤشرات معيار نسمة/ذوي المهن الصحية ما بين المراكز الصحية في مدينة الهندية، جدول (٢٤) وخريطة (١٤)، فقد جاء مركز صحي النموذجي في الحي العسكري بالمرتبة الاولى وقد بلغ المؤشر (٢٥٦٥) نسمة/ذوي المهن الصحية، مما جعله اكثر المراكز الصحية في المدينة مسؤولاً عن حجم سكان اكبر مما ينعكس على ذوي المهن الصحية حيث يكون عليهم عبء اكثر، كما وان المراكز الصحية (مركز صحي حي الحسين، مركز صحي مليبيج، مركز صحي الجانب الصغير، ومركز صحي الهندية النموذجي) على التوالي، ايضاً كانت اعلى من المعيار مع تباينها في حجم السكان المسؤول عنه، حيث بلغ المؤشر (٢٣٠٦، ٢٠٢٧، ١٩٤٧، ١٨٠٥) نسمة/موظف من ذوي المهن الصحية على التوالي.

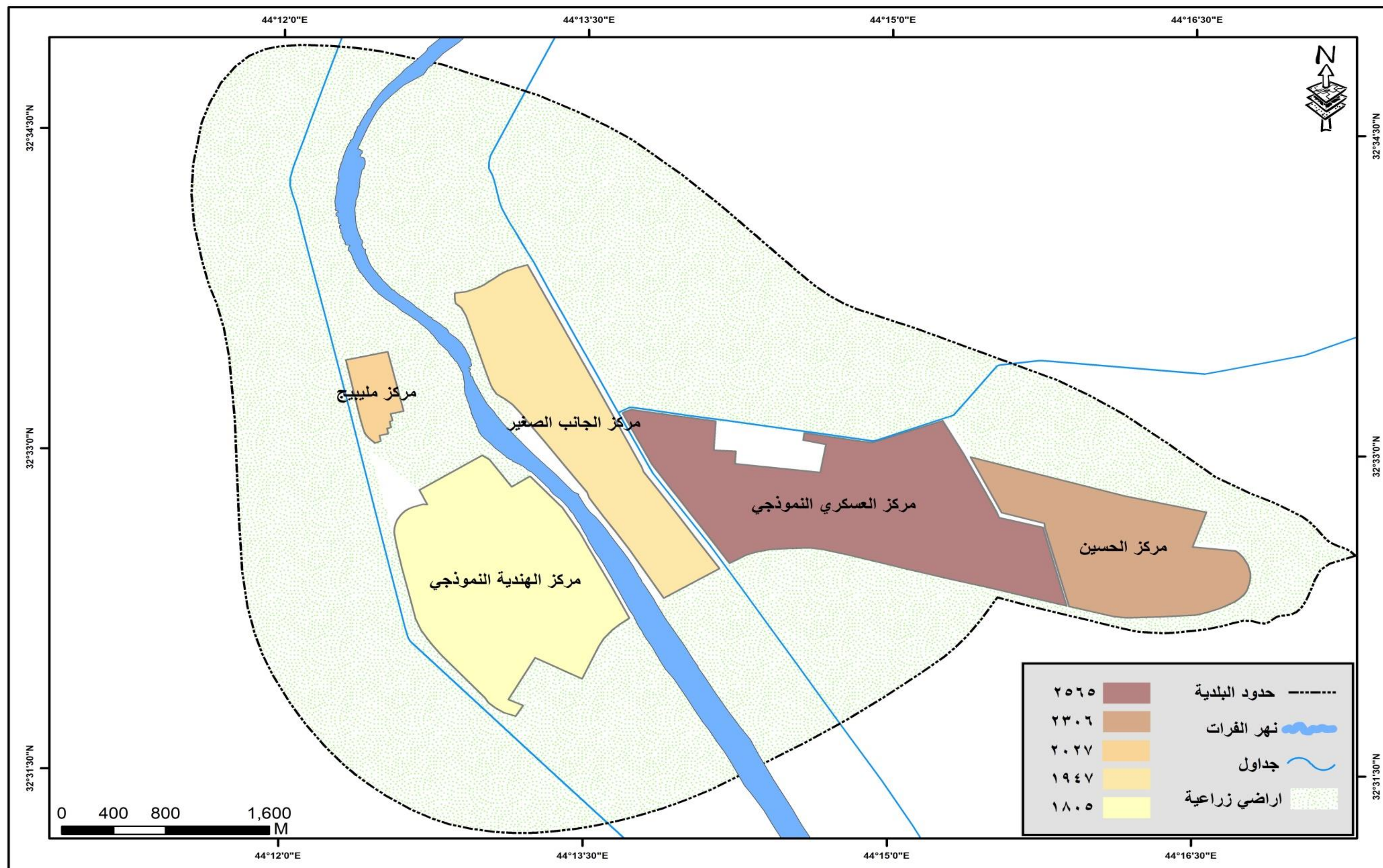
جدول (٢٤) معيار نسمة/ ذوي المهن الصحية لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠

ت	اسم المركز الصحي	معيار نسمة/ذوي المهن الصحية
١	العسكري النموذجي	٢٥٦٥
٢	حي الحسين	٢٣٠٦
٣	مليبيج	٢٠٢٧
٤	الجانب الصغير	١٩٤٧
٥	الهندية النموذجي	١٨٠٥

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (١٤) معيار نسمة/ ذوي المهن الصحية في مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول(٢٤).

٦- معيار نسمة / ممرض

ان المعيار المحدد هو (٢) ممرض لكل (١٠٠٠٠) نسمة، وان هناك تباين في مؤشرات معيار نسمة/ذوي المهن الصحية ما بين المراكز الصحية في مدينة الهندية، جدول (٢٥) وخريطة (١٥)، لقد جاء مركز صحي الهندية النموذجي بالمرتبة الاولى حيث بلغ المعيار (١٩١٨) نسمة/ممرض، كما وان المراكز الصحية (مركز صحي النموذجي في الحي العسكري، مركز صحي مليبيج، مركز صحي حي الحسين، ومركز صحي الجانب الصغير) على التوالي، جاءت بمعيار (١٩٠٣، ١٥٥٩، ١٥٤٥، ١٠٧٦) نمسة/ممرض على التوالي، وجميع هذه المراكز هي اقل من المعيار مع تباينها في حجم السكان المسؤول عنه.

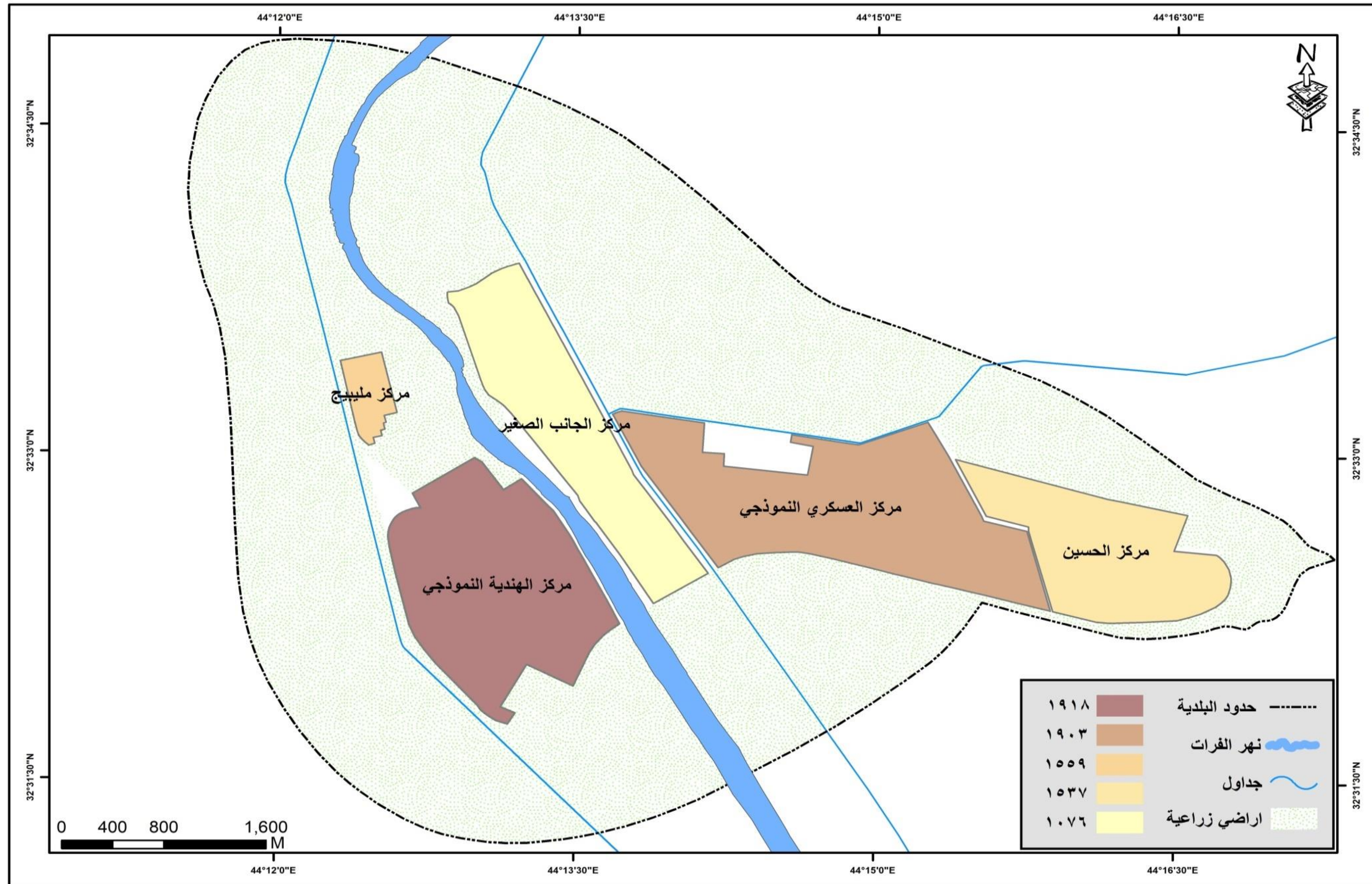
جدول (٢٥) معيار نسمة/ممرض لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠

ت	اسم المركز الصحي	معيار نسمة/ممرض
١	الهندية النموذجي	١٩١٨
٢	العسكري النموذجي	١٩٠٣
٣	مليبيج	١٥٥٩
٤	حي الحسين	١٥٤٥
٥	الجانب الصغير	١٠٧٦

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (١٥) معيار نسمة / ممرض لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول(٢٥).

٧- معيار نسمة / الملاكات المختبرية

ان المعيار المحدد هو (١/٢٥٠٠) نسمة، وان هناك تابيناً في مؤشرات معيار نسمة/الملاكات المختبرية ما بين المراكز الصحية في مدينة الهندية، جدول (٢٦) وخريطة (١٦)، فقد جاء المركز الصحي النموذجي في الحي العسكري بالمرتبة الاولى حيث بلغت قيمة المعيار(٧٣٧٥) نسمة/الملاكات المختبرية، وهو اعلى من المعيار، مما جعله اكثر المراكز الصحية في المدينة مسؤولاً عن حجم سكان اكبر مما ينعكس على ذوي المهن الصحية حيث يكون عليهم عبء اكثر، كما وان المراكز الصحية (مركز صحي حي الحسين، مركز صحي الهندية النموذجي، مركز صحي مليبيج، ومركز صحي الجانب الصغير)، والتي بلغ المؤشر فيها (٦١٨٠، ٥٥٨١، ٤٥٠٤، ٣٧١٨) نمسة/مختبري على التوالي، ايضا كانت اعلى من المعيار مع تباينها في حجم السكان المسؤول عنه، وبذلك يكون هنالك عبء كبير تتحمله الملاكات المختبرية في ممارسة عملهم، وان نقص هذه الملاكات يسبب انخفاض كفاءة الخدمة الصحية المقدمة للسكان.

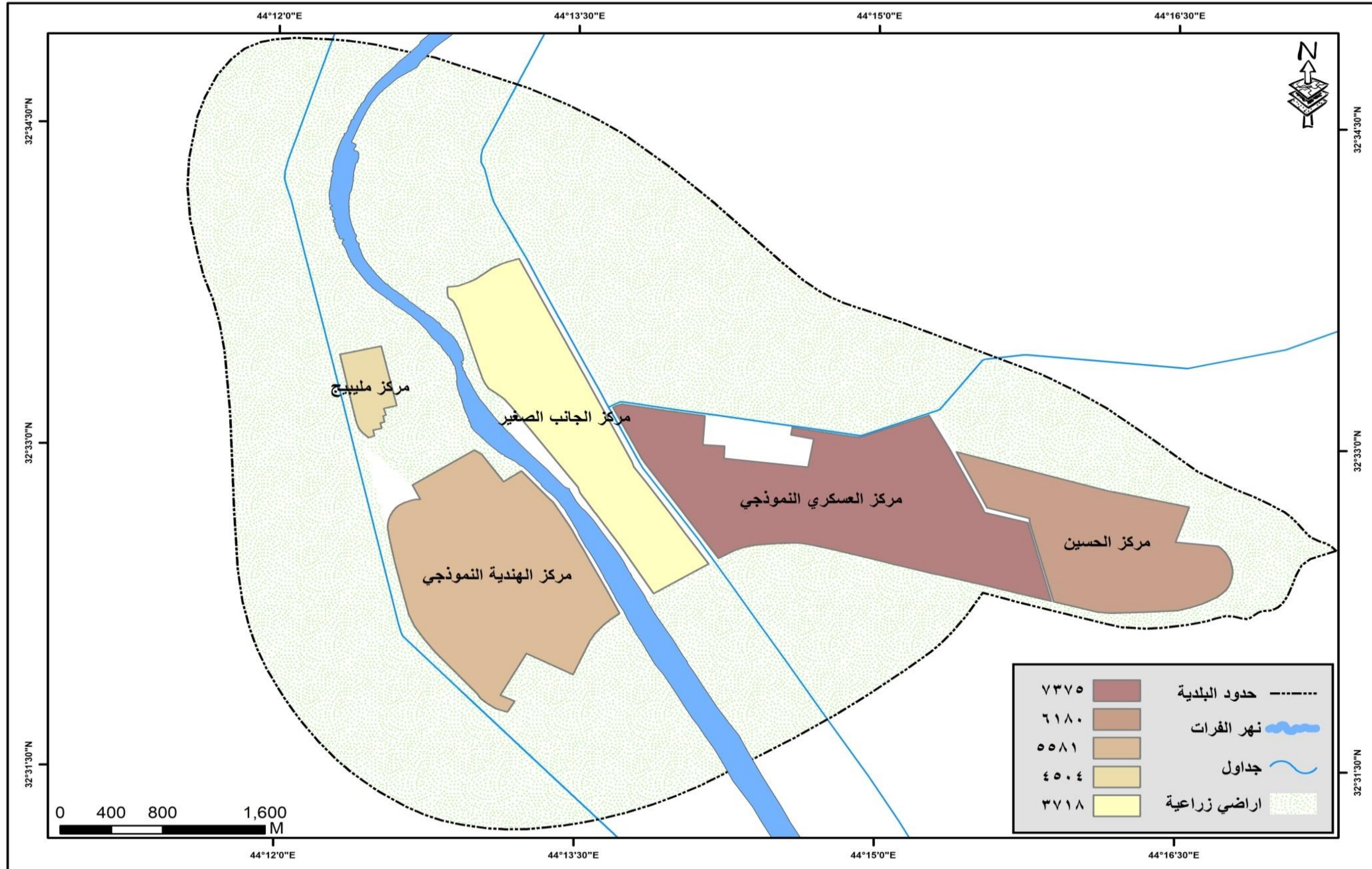
جدول (٢٦) معيار نسمة/ملاك المختبر في مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠

ت	اسم المركز الصحي	معيار نسمة/كادر مختبر
١	العسكري النموذجي	٧٣٧٥
٢	حي الحسين	٦١٨٠
٣	الهندية النموذجي	٥٥٨١
٤	مليبيج	٤٥٠٤
٥	الجانب الصغير	٣٧١٨

المصدر : من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

خريطة (١٦) معيار نسمة / مختبري فى مراكز الرعاية الصحية الاولية فى مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول(٢٦).

ثالثا: تقييم كفاءة العيادة الطبية الشعبية في مدينة الهندية

تعد العيادة الطبية الشعبية احدى المؤسسات الصحية الحكومية الصغيرة الساندة، والتي تعمل على تقديم افضل الخدمات الطبية بما يتلائم وامكانياتها الاقتصادية، وتقدم خدماتها اثناء المدة المسائية بعد اوقات الدوام لقاء اجور رمزية تقل عن الحدود المعمول بها في العيادات الخاصة والمستشفيات والمختبرات بغية عدم ارهاق المواطن، وتوجد في اغلب الاحيان ضمن مواقع المراكز الصحية الاولية.

لقد حدد المعيار المحلي عيادة شعبية واحدة لكل (١٠٠٠٠) نسمة، وتحتوي منطقة الدراسة على عيادة شعبية واحدة تقدم خدماتها الى سكان المدينة، بالتالي يكون (١١٤٨٤٠) نسمة/العيادة الشعبية، والجدير بالذكر ان هذه العيادة تغطي القضاء بأكمله اضافة الى قضاء الجدول الغربي، وبهذا يكون المعدل (٢٧٥٥٧٣) نسمة/العيادة الشعبية، وهو معدل مرتفع جدا وهذا يدل على حجم العبء التي يتحمله المواطنين والكادر الصحي مما يؤثر على كفاءة الخدمة.

رابعا: تقييم كفاءة خدمة الاسعاف الفوري في مدينة الهندية

يعد الاسعاف الفوري احد الخدمات الطبية المهمة والتي لها دور حيوي، حيث تعمل على تقليص حجم الخسائر البشرية خلال الحوادث الطارئة من خلال سرعة نقل المصابين من مكان الاقامة او الاصابة وتقديم الاسعافات الاولية لهم قبل الوصول الى المستشفيات والمراكز الصحية، والتعامل مع حالاتهم، فيكون مسؤولاً عن حياة المريض حتى وصوله الى المؤسسات الصحية المختصة.

يحدد المعيار المحلي بسيارة اسعاف لكل (١٠٠٠٠) نسمة، وتمتلك منطقة الدراسة مركز اسعاف واحد مجهز بـ(٢٩) سيارة اسعاف يعمل على تقديم خدماته لسكان المدينة فكان المعدل (٣٩٦٠) نسمة/سيارة اسعاف، وحسب هذا المعيار تحقق كفاءة عالية، والجدير بالذكر ان عدد سيارات هذا المركز، هو مخصص لخدمة سكان قضاء الهندية بالإضافة الى سكان قضاء الجدول الغربي البالغ عددهم (٢٧٥٥٧٣)[١]، وبهذا يكون نصيب السيارة الواحدة من السكان (٩٥٠٢) نسمة/سيارة اسعاف، وهو معدل اقل من المعيار المحلي.

---

(١) جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، مديرية إحصاء محافظة كربلاء، تقديرات السكان(بيانات غير منشورة)، ٢٠٢٠.

المبحث الثاني

الكفاءة المكانية (المساحية) لمؤسسات الخدمات الصحية في مدينة الهندية

اولاً: المؤشرات المساحية للمؤسسة الصحية

تمثل المساحة عاملاً مهماً لقياس كفاءة المؤسسات الصحية، حيث يراعى ان تكون مساحة المؤسسة الصحية كافية لتحقيق ما يسمح لاستثمارها لراحة الإنسان، لاسيما فيما يتعلق بتوفير المساحات الخضراء وتحقيق بيئة نظيفة وواسعة تسمح للمرضى بممارسة رياضة المشي وان يستنشقوا هواءً نقياً تشعر المريض بالاطمئنان والراحة النفسية، بالإضافة الى توفير خدمات علاجية متطورة كالأجهزة الطبية والمعدات الفنية والمختبرات وصالات الانتظار، ويتم حساب المساحات المطلوبة لتوفير تلك الخدمات بما يتلاءم مع عدد السكان، كما تعتمد مساحة الارض اللازمة لإنشاء المباني الصحية على نوع الخدمة الصحية التي توفرها[(١)]، فقد وضعت مجموعة معايير مساحية محلية خاصة بالمؤسسات الصحية بغية الوصول الى حالة من التكامل الخدمي والوظيفي في تقديم الخدمة، لان عامل المساحة يعد مؤشراً مهماً يعكس امكانية استثمار المساحات المتوفرة، ونظرا لاختلاف مقدار ونوعية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية فيما بينها، لذا اختلفت المعايير المساحية ايضا، اذ لكل مؤسسة صحية معيار مساحي خاص فيها يختلف عن الاخر وهي كالاتي:

١- المستشفى

أ- مساحة المستشفى:

لقد حددت المعايير المعتمدة في العراق المساحة المطلوبة للمؤسسات الصحية لكل سرير مساحة (٧٥-١٠٠م^{٢}) للمستشفيات العامة، وبلغت مساحة مستشفى الهندية (٢٠٠٠٠م^{٢})، وتضم (٢٧١) سرير، وبذلك يكون نصيب السرير الواحد من المساحة (٧٣,٨م^{٢})، وهو اقل من المعيار، اما حصة الفرد من مساحة المستشفى بلغت (٠,١٧م^{٢})، وهي بذلك اقل من المعيار العراقي المعتمد (٠,٥م^{٢}/ نسمة)، وهذا يعني صغر مساحة حصة الفرد الواحد، ولكن هذه المستشفى ليس فقط لسكان المدينة وانما تخدم سكان قضاء بالكامل وقضاء الجدول الغربي وبصورة كبيرة وبذلك تكون حصة الفرد من مساحة المستشفى (٠,٠٧م^{٢})، وهي بذلك اقل من المعيار المعتمد.

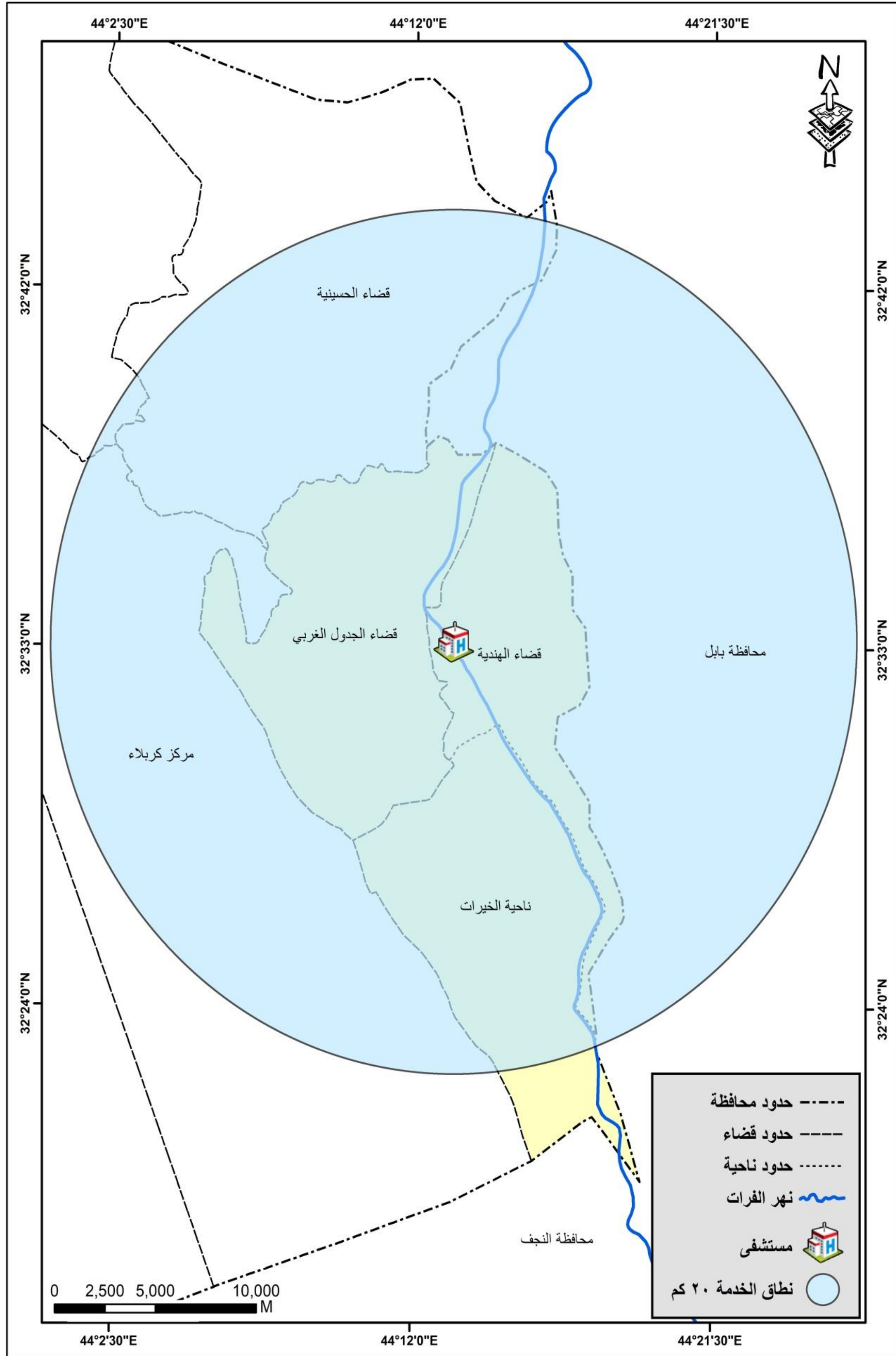
---

(١) جمهورية العراق، وزارة التخطيط، اسس ومعايير الخدمات العامة، هيئة التخطيط الاقليمي، ١٩٧٧، ص٥٦.

ب- نطاق الخدمة

يتمثل نفوذ الخدمة عبر المساحة التي تقوم تلك الخدمة بتلبية احتياجاتها، ويمكن قياس هذا النفوذ اما مكانياً في صورة المسافة التي يقطعها مستعملو الخدمة، او زمنياً اي وفق الزمن اللازم للوصول الى الخدمة سواء بالسيارة او سيراً على الاقدام، ويمكن بلوغ المستشفى ضمن المسافة التخطيطية والتي تبلغ (٢٠) كم، ومن خلال خريطة (١٧) يظهر ان نطاق خدمة المستشفى لم يقتصر فقط على مدينة الهندية التي توجد فيها، بل قضاء جدول الغربي والذي يقع بأكمله ضمن نطاق خدمتها، وجزء كبير من ناحية الخيرات، ويغطي كذلك جزء كبير من المساحات التابعة لمحافظة بابل وقضاء الحسينية ومركز كربلاء.

خريطة (١٧) نطاق خدمة مستشفى الهندية العام بدلالة المسافة ٢٠ كم



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على برنامج Arc Map 10.7.1.

ج- سهولة الوصول

هي قدرة الأشخاص على الوصول الى الأنشطة التي يعدّها المجتمع أساسية، كخدمات الطوارئ والخدمات العامة وخدمات الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات والسلع والانشطة الاساسية[١]، كما عرّف (Geurs and van Wee) سهولة الوصول على أنها تفاعل بين استخدام الأراضي ونظام النقل لتمكين الناس من الوصول والمشاركة في الأنشطة باستخدام وسائط النقل[٢]، لذا تعد سهولة الوصول إلى مواقع المؤسسات الصحية من العوامل المؤثرة في الرحلة لغرض العلاج، فقد تكون الطرق المؤدية إلى بعض المؤسسات وعرة وتكتنفها كثير من المشاكل لذا يحاول المريض تجنب الذهاب إلى مثل تلك الأماكن حتى وان كانت خدماتها على درجة عالية من الكفاءة، وقد تكون وسيلة النقل هي الأخرى غير مريحة فتزيد من معاناة المريض، اما المؤسسات التي تخدمها طرق ووسائل نقل جيدة يتردد عليها أعداد كبيرة من المرضى يفوق ما يترددون على المؤسسات الصحية الأخرى[٣]، فهناك علاقة عكسية بين سهولة الوصول والمسافة فكلما قصرت المسافة زادت امكانيات الوصول ومن ثم زيادة اعداد الوافدين الى الخدمات الصحية، لذا يجب ان توقع هذه المؤسسات بشكل يؤمن سهولة مراجعتها من قبل المواطنين كافة، كما يجب ان تكون قابلة للتوسع لتفي متطلبات نمو المراكز الحضرية نفوسا ورقعة[٤].

لم تلق تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية في مجال الخدمات الصحية في مدينة الهندية بل حتى على مستوى المحافظة اي اهمية تذكر، إلا انها اليوم تعدّ من الأنظمة الرائدة في هذا المجال والتي تهتم بتطوير مقاييس التزود بالخدمة الصحية، ومنها تحليل نطاق الخدمة

---

(1) Todd Litman, Evaluating Transportation Equity Guidance For Incorporating Distributional Impacts in Transportation Planning, Victoria Transport Policy Institute, 2014, p8.

(2) EMMANUEL MALIWA, Transit Accessibility and Equity Evaluation of Bus Rapid Transit System: The case of Dar es Salaam, Tanzania, PhD thesis, University of Twente, the Faculty of Geo-Information Science and Earth Observation, 2019, p6.

(٣) خلف حسين علي الدليمي، تخطيط الخدمات المجتمعية والبنيه التحتية اسس- معايير- تقنيات، مصدر سابق، ص١١٣.

(٤) جمهورية العراق، وزارة التخطيط، هيئة التخطيط الاقليمي، اسس ومعايير الخدمات العامة، بدون مطبعة، بغداد، ١٩٧٧، ص٥٥.

(Service Area) ضمن محلل الشبكة وفق معيار الزمن المقطوع وهي ضمن قائمة تحليل الشبكات في نظم المعلومات الجغرافية (Network Analysis)، حيث يعد تحليل نطاق الخدمة من التحليلات التي توفرها تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS)، وتعرف منطقة الخدمة بأنها المساحة العمرانية التي تشمل جميع الشوارع التي يمكن الوصول إليها، (أي الشوارع الواقعة ضمن منطقة الخدمة) حسب زمن أو مسافة معينة بين موقع الخدمة ونقاط الطلب، وتساعد مناطق الخدمة التي تم إنشاؤها بواسطة محلل الشبكة في تقييم إمكانية الوصول(1)، وبذلك نحدد نطاقات الخدمة وتظهر عبرها جميع الشوارع التي يمكن الوصول اليها وفق التحليل المذكور.

سوف يتم تقييم سهولة الوصول بالنسبة للمستشفى وفق المعيار الزمني المحدد بـ (٢٠) دقيقة كحد اعلى بالسيارة وفق المعايير التخطيطية، وذلك من خلال شبكة الشوارع في مدينة الهندية، وبما ان المستشفى لها بعد اقليمي، فأن نطاقات خدمتها وفق متغير الزمن تكون كبيرة، وكنتيجة لوجود شبكة شوارع متهرئة وغير معبدة في منطقة الدراسة وانخفاض حدود السرعات على مجموع هذه الشوارع لذا يمكن البحث عن كفاءتها المكانية وفق شبكة النقل بدلالة متغير الزمن المقطوع باستخدام السيارة فقد تشكلت نطاقات الخدمة لهذه المستشفى، خريطة (١٨) وكما يأتي:-

١- فئة (٥ دقائق)

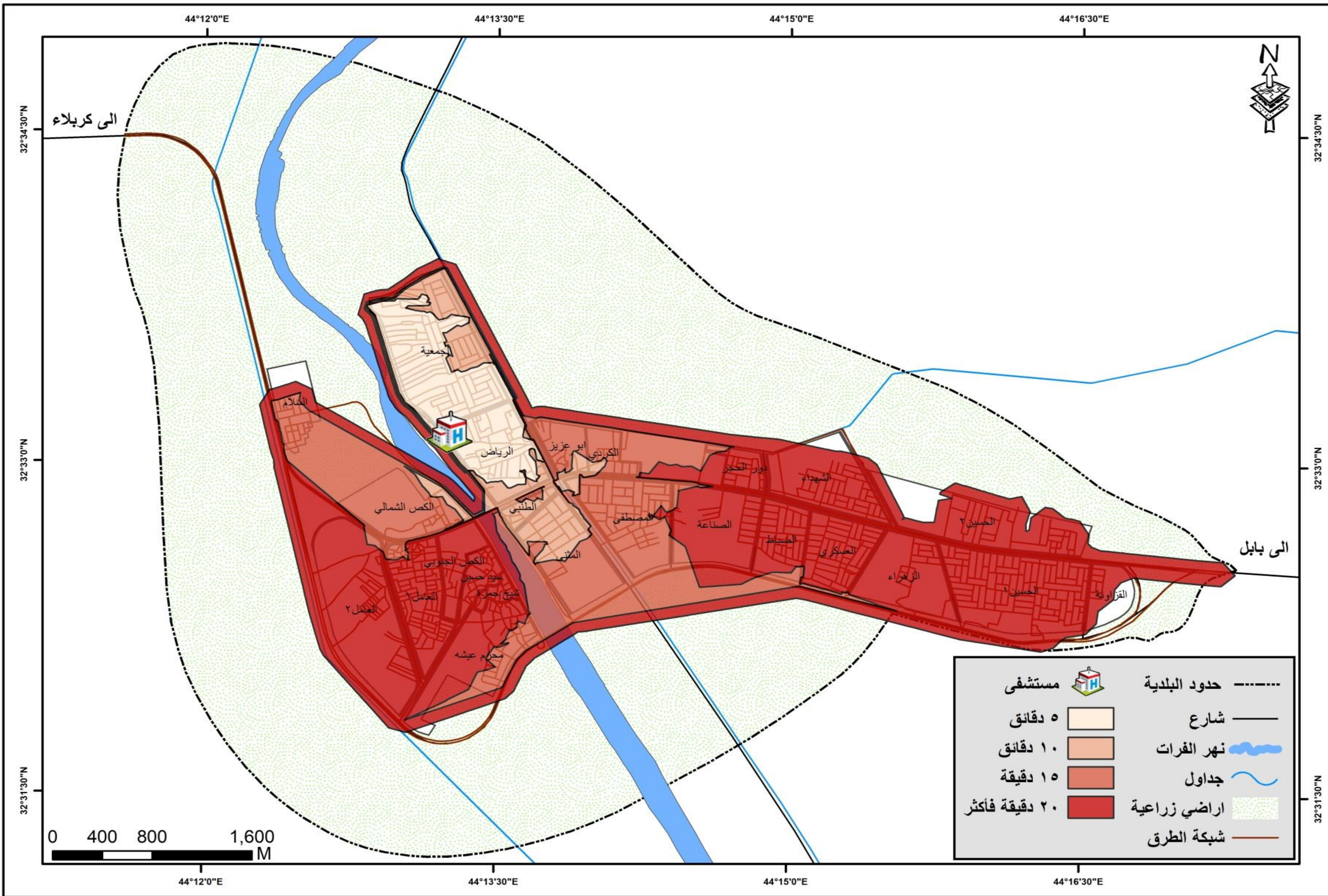
ان حي الرياض وجزء كبير من حي الجمعية يستطيع سكانهم من الوصول الى المستشفى خلال (٥ دقائق) ويعد اقصر وقت يستغرقه السكان للوصول الى المستشفى، ويعود هذا الى موقع المستشفى وهي ضمن حدود حي الرياض وقربهم منها.

٢- فئة (١٠ دقائق)

شمل جزء من الجزء الجنوبي من حي الرياض، الجزء الشمالي الشرقي من حي الجمعية، حي الطنبي، الجزء الشمالي من حي المثنى، والجزء الجنوبي من حي الكردي وابو عزيز، بالإضافة الى الجزء الشرقي من حي الكص الشمالي، وتتمتع الاحياء ضمن هذا النطاق بسهولة وصول فهي اقل من المعيار.

(1) K.Balasubramani And Other, Gis-Based Service Area Analysis For Optimal Planning Strategies: A Case Study Of Fire Service Stations In Madurai City, Geographic Analysis of Union Geographic Information Technologists, Vol 5, 2, 2016, p 14.

خريطة (١٨) سهولة الوصول لمستشفى الهندية العام حسب الزمن المستغرق لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على برنامج Arc Map 10.7.1.

٣- فئة (١٥ دقيقة)

شمل حي ابو عزيز، الكردي، المصطفى، النص الجنوبي من حي المثنى، النصف الجنوبي من محرم عيشة، الكص الشمالي، وحي السلام.

٤- فئة (٢٠ دقيقة فأكثر)

ضم احياء شيخ حمزه، محرم عيشة، الكص الجنوبي، العامل الاول، العامل الثاني، دور الحجر، حي الشهداء، حي الضباط، حي الصناعة، حي العسكري، وحي الزهراء والحسين الاول، وحي القزاونة، حيث يصعب على سكان هذه الاحياء من الوصول الى المستشفى خلال زمن اقل من (٢٠) دقيقة، مما يدل على ضعف كفاءة الخدمة الصحية للمستشفى حسب هذا المعيار.

يمكن القول إن مدينة الهندية تتمتع بسهولة وصول الى المستشفى، مع وجود تباين ما بين الاحياء الا انها ضمن المعيار.

٢- مراكز الرعاية الصحية الاولية

أ- المساحة

ان ابنية المراكز الصحية يجب ان تكون متلائمة مع حجم الكادر الصحي المتواجد فيها ومع طبيعة العمل الذي تؤديه هذه المراكز وبما يتفق مع عدد السكان في منطقة المركز الصحي، وعلى هذه الابنية ان تلبي متطلبات الخدمة من الوقاية والعلاج والتثقيف الصحي وما يتطلب ذلك من مختلف المرافق كغرفة المعاينة والأشعة والمختبر والصيدلية، بالإضافة الى بقية المرافق الإدارية والصحية، وعليها ان تلبي الخدمات الضرورية بصورة كفوءة، وقد بلغ عدد المراكز الصحية الاولية في مدينة الهندية (٥) مراكز صحية، بلغت مساحتها (٨٩٠٠م^2)، وعند مقارنة هذه المساحة المخصصة للمراكز الصحية الاولية ضمن المعايير المحلية التي تتطلب مساحة (٥٠٠٠م^2) لكل مركز، وقد تباينت هذه المراكز بمساحتها، جدول (٢٧)، حيث جاء مركز (الهندية النموذجي) بالمرتبة الاولى حيث شغل مساحة (٣٥٠٠م^2) وهو اقل من المعيار، وشكلت نسبة (٣٩,٣٣%) من مجموع مساحة المراكز الصحية في المدينة، في حين جاء مركز (العسكري النموذجي) بالمرتبة الثانية بمساحة بلغت (٢٥٠٠م^2) وهو اقل من نصف المعيار وشكلت نسبة (٢٨,٠٩%)، ثم جاء بالمرتبة الثالثة مركز (الجانب الصغير) بمساحة (١١٠٠م^2) وشكلت نسبة (١٢,٣٦%)، ثم مركز (حي الحسين) بمساحة (١٠٠٠م^2) وشكلت نسبة (١١,٢٤%)، أما مركز (مليبيج) فقد جاء بالمرتبة الاخيرة بمساحة بلغت (٨٠٠م^2) وهو بفارق

كبير جدا عن المعيار، وشكلت نسبة (٨,٩٩%)، يلاحظ أن المراكز الصحية في المدينة تقل مساحتها عما حددته المعايير، وهذا مؤشر سلبي ينعكس على الكفاءة المساحية للمراكز الصحية.

جدول (٢٧) مساحة مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠م

ت	المركز الصحي	المساحة (م٢)	النسبة %
١	الهندية النموذجي	٣٥٠٠	٣٩.٣٣
٢	العسكري النموذجي	٢٥٠٠	٢٨.٠٩
٣	الجانب الصغير	١١٠٠	١٢.٣٦
٤	حي الحسين	١٠٠٠	١١.٢٤
٥	مليبيج	٨٠٠	٨.٩٩
	المجموع	٨٩٠٠ م٢	%١٠٠

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الهندسة والصيانة، وحدة الابنية (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

ب- نطاق الخدمة

يعد الوصول إلى الرعاية الصحية من القضايا المهمة، إذ إن المسافة والوقت والتكلفة يمكن أن تخلق عوائق أمام الاستخدام الفعال للخدمة، لذا يتم استخدام نظم المعلومات الجغرافية لاختيار افضل المواقع الجغرافية المناسبة لإنشاء الخدمة الصحية لتحقيق أفضل وصول ممكن اليها، وقد حدد المعيار بمسافة (٨٠٠م).

يتضح من خلال الخريطة (١٩) نطاق خدمة كل مركز صحي وهو عبارة عن شكل دائرة تقع في منتصفها المراكز الصحية (الخدمة) ومحيطها الحد الاقصى للمسافة بين الخدمة والسكان المخدومين، وهي تمثل مسافة المعيار المحلي للمراكز الصحية، وحسب هذا المعيار جزء كبير من مساحة المدينة تقع ضمن نطاق خدمة المراكز الصحية، وقد تباينت المساحات المخدومة ضمن نطاق خدمة كل مركز صحي، جدول (٢٨)، لقد غطى نطاق خدمة المركز الصحي (الهندية النموذجي) مساحة تقدر بـ (١٦٤,٠٦) هكتار، وبنسبة (٦٨%) من نطاق الخدمة، وفق معيار نطاق الخدمة، بينما كانت المساحة التي تقع خارج نطاق الخدمة (٧٧,٣٢) هكتار،

وبنسبة (٣٢%) من صلاحية المركز غير مخدومة، كما شمل نطاق الخدمة للمركز الصحي (مليبيج) حي السلام بالكامل وبمساحة (٢١,٥٨) هكتار، وبنسبة (١٠٠%) من نطاق الخدمة.

جدول (٢٨) مساحات ونسب نطاقات خدمة المراكز الصحية الاولية في مدينة الهندية حسب المسافة لسنة ٢٠٢٠

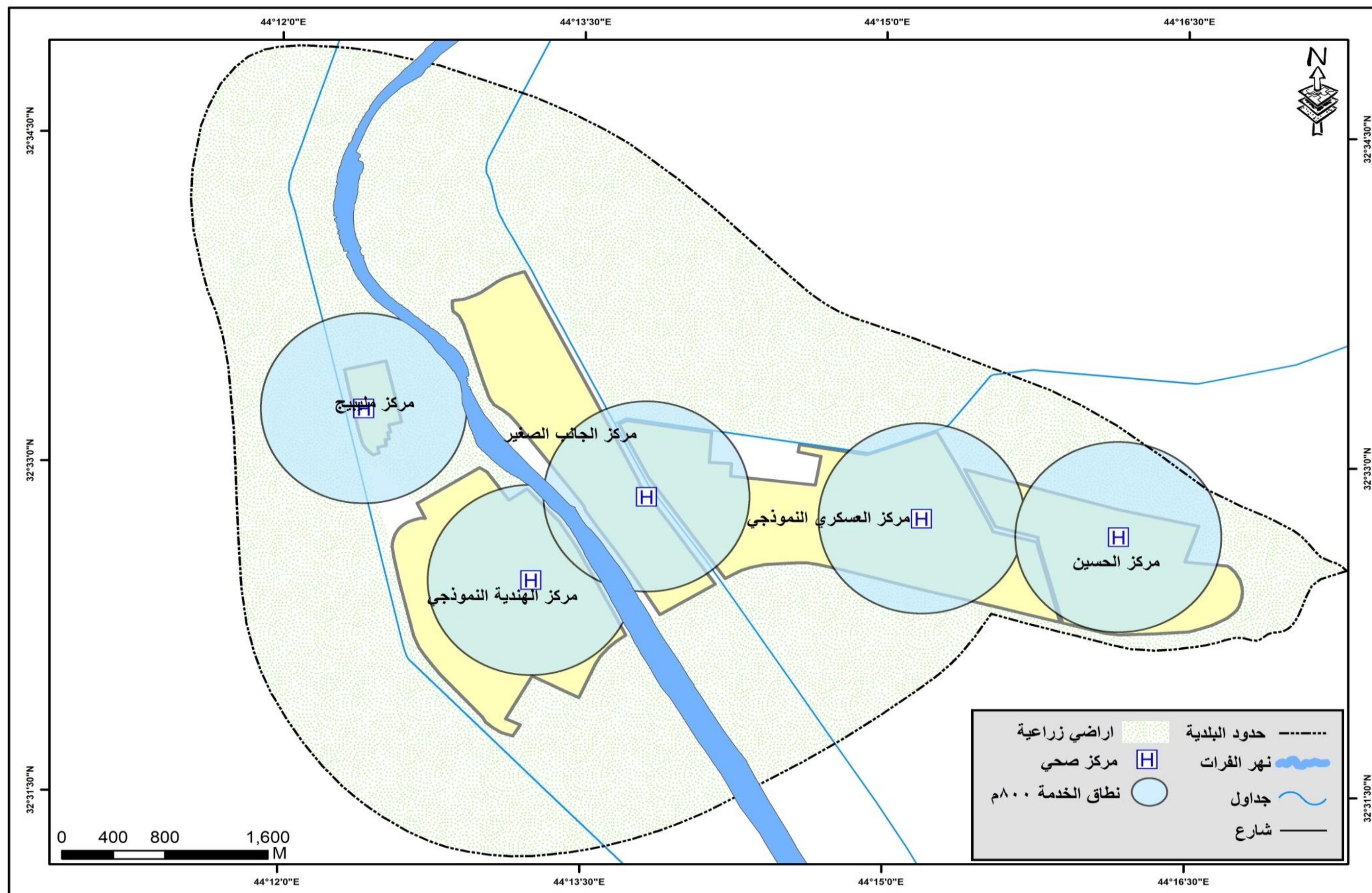
المركز الصحي	المساحة المخدومة (هكتار)	نسبة المساحة المخدومة %	المساحة غير المخدومة (هكتار)	نسبة المساحة غير المخدومة %
الهندية النموذجي	١٦٤,٠٦	%٦٨	٧٧,٣٢	%٣٢
مليبيج	٢١,٥٦	%١٠٠	--	--
الجانب الصغير	٧٦,٠٦	%٤٤	٩٨,٠٥	%٥٦
العسكري النموذجي	١٦٩,٠٦	%٦١	١١٠	%٣٩
الحسين	١٢٢,٠٦	%٨٠	٣١,١٢	%٢٠
المجموع	٥٥٢,٨		٣١٦,٤٩	

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على برنامج Arc Map 10.7.1.

أما المركز الصحي (الجانب الصغير) فقد كانت المساحة الواقعة ضمن نطاق خدمته (٧٦,٠٦) هكتار، وبنسبة (٤٤%) من نطاق الخدمة، بينما بقيت مساحة بلغت (٩٨,٠٥) هكتار، وبنسبة (٥٦%) من صلاحية المركز غير مخدومة، وهي تمثل الجزء الاكبر من المساحات المسؤول عنها، أما مركز صحي (العسكري النموذجي) فقد كانت المساحة المخدومة (١٦٩,٠٦) هكتار، وبنسبة (٦١%) من نطاق الخدمة، فيما بلغت المساحة غير المخدومة (١١٠) هكتار، وبنسبة (٣٩%) من نطاق الخدمة.

أما مركز صحي (حي الحسين) فقد كانت المساحات الواقعة ضمن نطاق خدمته (١٢٢,٠٦) هكتار، وبنسبة (٨٠%) من نطاق الخدمة، فيما بلغت المساحة غير المخدومة (٣١,١٢) هكتار، وبنسبة (٢٠%) من صلاحية المركز وفق معيار نطاق الخدمة، كما يوجد هناك تداخل لبعض نطاقات خدمة المراكز الصحية في المدينة، إذ يوجد تداخل شديد لنطاق خدمة مركز صحي (الهندية النموذجي) مع المركز الصحي (الجانب الصغير)، كما تداخل نطاق خدمة المركز الصحي(حي الحسين) مع مركز صحي (العسكري النموذجي)، وقد اثر ذلك في انخفاض حجم المساحات المخدومة ومن الممكن أن ترتفع حجم المساحات المخدومة في حالة اعادة النظر بتوزيع المراكز الصحية.

خريطة (١٩) نطاق خدمة المراكز الصحية في مدينة الهندية حسب السافة لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على برنامج Arc Map 10.7.1.

ج_ سهولة الوصول:

تعدّ المراكز الصحية احدى اهم مكونات نظام الرعاية الصحية في أي دولة وهي بشكل مباشر تساعد في تحسين صحة السكان، فهي تقدم خدماتها على مستوى اصغر وحدة ادارية في المنطقة متمثلة في الحي السكني، لذلك يجب ان تكون بالقرب من الوحدات السكنية وان تكون رحله العلاج إليها قصيرة نسبياً، وان المراكز الصحية غير مكلفة نسبياً ويمكن توزيعها بشكل جيد على مساحة المنطقة(١)، لذا يمكن البحث عن كفاءتها المكانية وفق شبكة النقل بدلالة متغير الزمن المقطوع باستخدام السيارة، خريطة (٢٠)، وقد تشكلت نطاقات الخدمة لهذه المراكز كما يلي:-

١- فئة ٥ دقائق:

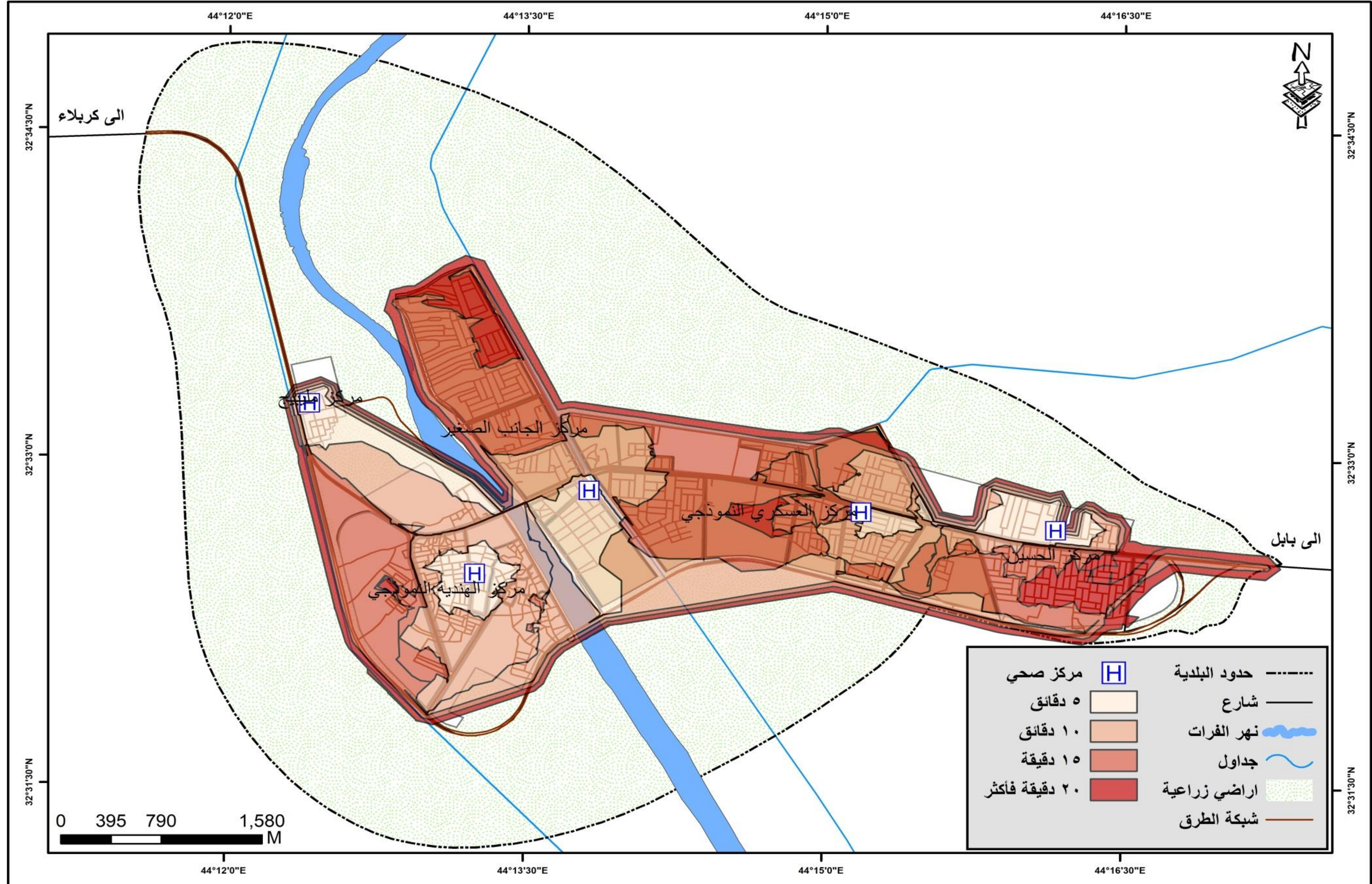
ان نطاق الخدمة (٥ دقائق) بالنسبة لمركز الهندية النموذجي شمل الجزء الاوسط من صلاحيته، جاء ذلك نتيجة توسط المركز الصحي في هذه المنطقة وقربها منه على الرغم من ضعف شبكة النقل والشوارع غير المبلطة، فيما كان السكان الواقعين ضمن نطاق الخدمة الاول للمركز الصحي (مليبيج) يتمتعون بسهولة وصول الى المركز خلال (٥ دقائق) وهذا يعود الى موقع المركز الصحي في وسط الرقعة الجغرافية المسؤول عنها.

ولقد شمل مركز الجانب الصغير الجزء الجنوبي من نطاق الخدمة حيث يلاقي الناس سهولة في الوصول خلال مدة لا تتجاوز (٥ دقائق)، وذلك بسبب موقع المركز على الطريق الرئيسي للحي، بالإضافة الى توفر شبكة طرق معبدة في حي المثنى، وافتقارها في الطنبي، لكن بسبب تواجد المركز ضمن حدود الحي ساعد السكان على وصولهم خلال هذه المدة، كما ضم مركز (الحي العسكري) ضمن هذه الفئة الجزء الاوسط من نطاق الخدمة للمركز والمتمثلة بالمنطقة المحيطة به، وهذا يعود الى انسيابية الحركة ضمن شبكة الشوارع الخاصة بهذا الجزء، أما مركز (حي الحسين) فقد ضم الجزء الشمالي من الرقعة الجغرافية الواقعة ضمن صلاحيته، حيث يستغرق السكان وقت لا يتجاوز(٥ دقائق) من اجل الوصول الى المركز الصحي.

---

(1) S. Jamtsho and R. J. Corner, Evaluation of spatial accessibility to primary healthcare usisng GIS, Annals of the Photogrammetry, Remote Sensing and Spatial Information Sciences, Technical Commission II Symposium, 6 – 8 October 2014, Toronto, Canada.

خريطة (٢٠) سهولة الوصول لمراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على برنامج Arc Map 10.7.1.

٢- فئة ١٠ دقائق

شمل نطاق الخدمة (١٠ دقائق) لـ(مركز الهندية النموذجي) الجزء الشمالي والشرقي والجنوبي واجزاء من الجانب الغربي الواقعة ضمن صلاحية هذا المركز، ويعود ذلك لوجود جزء من الطرق المعبدة وتوفر انسيابية الحركة فيها والتي تسهل وصول المواطنين لهذا المركز خلال مدة لا تتجاوز (١٠ دقائق)، كما وشمل مركز الجانب الصغير ضمن هذه الفئة، الجزء الجنوبي الشرقي والجزء الاوسط من نطاق الخدمة، بالإضافة الى الجزء الشمالي الغربي الواقع ضمن نطاق الخدمة لمركز (العسكري النموذجي) حيث يتمتع السكان في هذه الاجزاء بسهولة وصول لمركز الجانب الصغير وخلال مدة لا تتجاوز(١٠ دقائق)، بسبب قربها من هذا المركز.

كما وشمل مركز (العسكري النموذجي) ضمن هذه الفئة الجزء الشمالي الشرقي والجنوبي الشرقي والجزء الجنوبي من نطاق الخدمة، أما مركز (حي الحسين) فقد ضم الجزء الشمالي الشرقي، وجزء من الجزء الغربي من الرقعة الجغرافية المسؤول عنها هذا المركز.

٣- فئة ١٥ دقيقة

ضم نطاق الخدمة (١٥ دقائق) لـ(مركز الهندية النموذجي) الجزء الغربي من صلاحيته بسبب افتقارها الى شبكة شوارع تسهل عملية الوصول الى المركز الصحي، وبالنسبة لمركز. (الجانب الصغير) فقد ضم الجزء الشمالي من نطاق الخدمة ضمن هذه الفئة، كما شمل نطاق خدمة مركز (العسكري النموذجي) الجزء الشمالي الغربي والجنوبي الغربي من نطاق الخدمة بسبب بعد المركز الصحي عن هذه الاجزاء، بالإضافة الى الازدحامات المرورية على الطريق الرئيس المؤدي الى المركز، أما مركز (حي الحسين) فأن نطاق الخدمة حسب الوقت المستغرق (١٥ دقيقة) من اجل الوصول الى المركز فتمثل بالجزء الجنوبي الغربي من الرقعة الجغرافية المسؤول عنها، ويعود ذلك الى رداءة شبكة الشوارع في هذه الاجزاء.

٤- فئة ٢٠ دقيقة

لقد ضم النطاق (٢٠ دقيقة) بالنسبة لمركز (الهندية النموذجي) جزء صغير من الجزء الغربي من نطاق الخدمة فكان السكان يواجهون صعوبة في الوصول الى المركز الصحي، كما وشمل مركز (الجانب الصغير) الجزء الشمالي الشرقي من الجزء الشمالي الواقع ضمن نطاق خدمته، وكان السبب وراء صعوبة الوصول لهذا المركز هو موقع المركز من السكان، اضافة لشبكة الشوارع غير المعبدة والتي يصعب السير عليها حسب السرعة المقررة، اما مركز (العسكري

النموذجي) فقد ضم جزءاً صغيراً من الجزء الجنوبي الغربي من نطاق الخدمة، اما مركز (حي الحسين) فقد ضم الجزء الشرقي والجنوبي الشرقي من الرقعة الجغرافية المسؤول عنها، وكان السبب وراء صعوبة الوصول لهذا المركز هو سوء شبكة الشوارع، إذ إن اغلب احياء المدينة تفتقر الى شبكة معبدة من الشوارع والتي تسهل وصول السكان الى المراكز الصحية، اضافة الى الازدحامات المرورية الكثيرة خاصة على الطرق الرئيسية.

٣- العيادة الطبية الشعبية

تقدم العيادة الشعبية خدمات صحية مشابهة لما تقوم به المراكز الصحية، وهي تعتمد على الموارد الذاتية للعيادة، لكونها تقدم الخدمات الطبية لقاء أجور معتدلة تقل عن الحدود المعمول بها في العيادات والمستشفيات الخاصة والمختبرات، بغية تقليل الأعباء المالية على المواطنين. وبذلك يمكن الاعتماد على نفس المعايير التي تم الاخذ بها عند تحليل المراكز الصحية وفق الزمن المقطوع باستخدام السيارة في تقييم العيادة الشعبية، لأجل اظهار الاحياء السكنية المخدومة من قبل العيادة الشعبية في المدينة كونها تعد العيادة الوحيدة والتي وجدت في وسط المدينة وتقدم الخدمات للمدينة والقضاء بأكمله اضافة الى قضاء الجدول الغربي، لذا يمكن البحث عن كفاءة العيادة الشعبية مكانياً وفق شبكة النقل بدلالة متغير الزمن المقطوع باستخدام السيارة فقد تشكلت نطاقات الخدمة لهذه العيادة خريطة (٢١) وكما يأتي:-

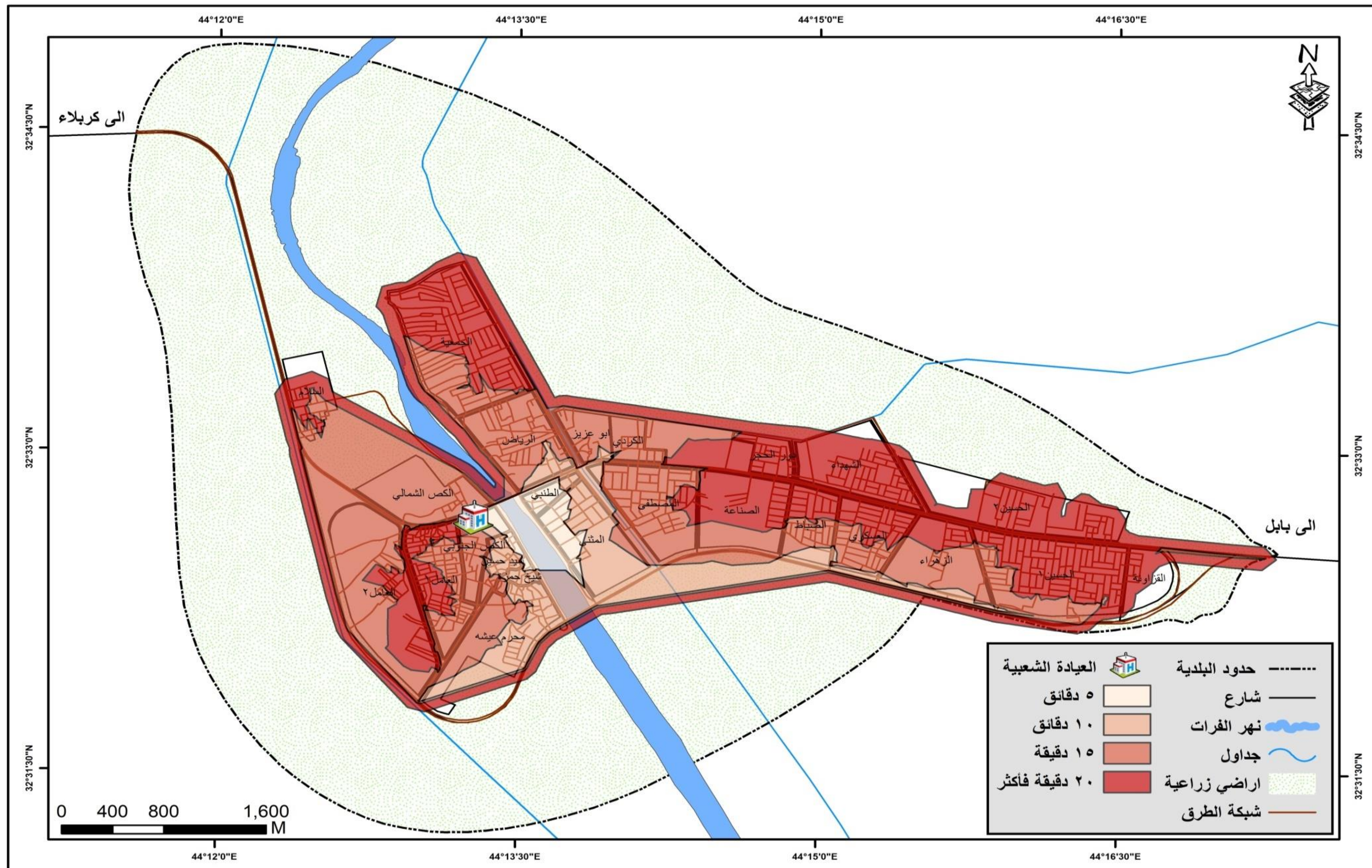
١- فئة ٥ دقائق

ضمت هذه الفئة سكان الجزء الشرقي من حي الكص الجنوبي، وسيد حسين، والنصف الغربي من حي الطنبي والمثنى حيث امتازوا بسهولة الحصول على خدمة العيادة الشعبية، ويعود ذلك لموقع العيادة الشعبية من هذه الاحياء.

٢- فئة ١٠ دقائق

تمثلت بالجزء الغربي من حي الكص الجنوبي، سيد حسين وشيخ حمزة، والنصف الشرقي والنصف الجنوبي من حي محرم عيشة وكذلك الجزء الجنوبي من حي الرياض وابو عزيز والنصف الشرقي من حي الطنبي والمثنى.

خريطة (٢١) سهولة الوصول للعيادة الشعبية بدلالة الزمن المقطوع في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على برنامج Arc Map 10.7.1.

٣- فئة ١٥ دقائق

شملت حي الكص الجنوبي، والجزء الجنوبي الغربي من حي سيد حسين وشيخ حمزة، الجزء الشمالي الغربي من حي محرم عيشة، الجزء الشرقي والجزء الجنوبي من حي العامل الاول، الجزء الغربي من حي العامل الثاني، كمل شمل حي الكص الشمالي والجزء الجنوبي من حي السلام، حي الرياض، الجنوبي الغربي من حي الجمعية، ابو عزيز، الكردي، المصطفى، والجزء الجنوبي من حي الصناعة والعسكري والضباط والزهراء والحسين الاول.

٤- فئة ٢٠ دقائق

لقد ضم اجزاء من حي العامل الاول، والجزء الجنوبي الشرقي من حي العامل الثاني، النصف الشمالي والشرقي من حي الجمعية، حي دور الحجر، حي الشهداء، حي الحسين الثاني، كما شمل النصف الشمالي من حي الصناعة والضباط والعسكري والزهراء والحسين الاول والقزاونة.

٤- وحدة العمليات الطبية (خدمة الإسعاف)

وهي احدى اوجه الخدمات الصحية وتعد عنصراً رئيسياً في منظومة الخدمات الطبية، واصبح الاسعاف من الضروريات في حياة المجتمعات نتيجة ما يتعرض له الانسان في اي وقت سواء في الحوادث او الحروب، وان الاسعافات التي تجري للمصابين اثناء عملية نقلهم بسيارة الاسعاف هي صعبة ومعقدة جدا نظراً لدقة الوضع والحالة الحرجة التي يكون فيها اولئك الذين تقدم اليهم الاسعافات، ومما يزيد من تفاقم الامر هو ان هذه الاسعافات تمنح في ظروف خاصة جدا مرتبطة بشروط الحادث نفسة، كما ان الطريق امام سيارة الاسعاف في حالات الطوارئ قد لا يكون سالكا دائما بسبب الاختناقات المرورية في الشوارع وغلق الطرق، لذا يجب العمل على الاستثمار الامثل للوقت من اجل تجنب المضاعفات التي تحدث للمصاب ومن ثم حالات الوفاة التي قد تحدث نتيجة للحالات الطارئة، فالوقت يعد عاملا مفصلياً في عملية معالجة وتقليل المضاعفات الناتجة عن الاصابة.

بما انه لا توجد حدود زمنية معينة للاستجابة لحالات الطوارئ عبر خدمات الاسعاف في المدينة، لذا تم الاعتماد على الحدود الزمنية (٥، ١٠، ١٥، ٢٠ دقيقة)، ومن خلال الخريطة (٢٢)، تظهر نطاقات تغطية خدمات الاسعاف وفق الزمن المستغرق للاستجابة في مدينة الهندية، وكما يأتي:-

١- فئة ٥ دقائق

توجد احياء تقع ضمن نطاق خدمة الاسعاف وبزمن استجابة تتراوح ما بين (١-٥) دقائق والمتمثلة بحي ابو عزيز، الكردي، النصف الغربي من حي المصطفى.

٢- فئة ١٠ دقائق

تمثلت بحي دور الحجر، والجزء الشمالي من حي الصناعة، حي المثنى، والطنبي، الرياض، الجزء الجنوبي والاطراف الشرقية من حي الجمعية فهي تقع ضمن نطاق خدمة الاسعاف وبزمن استجابة ١٠ دقائق.

٣- فئة ١٥ دقيقة

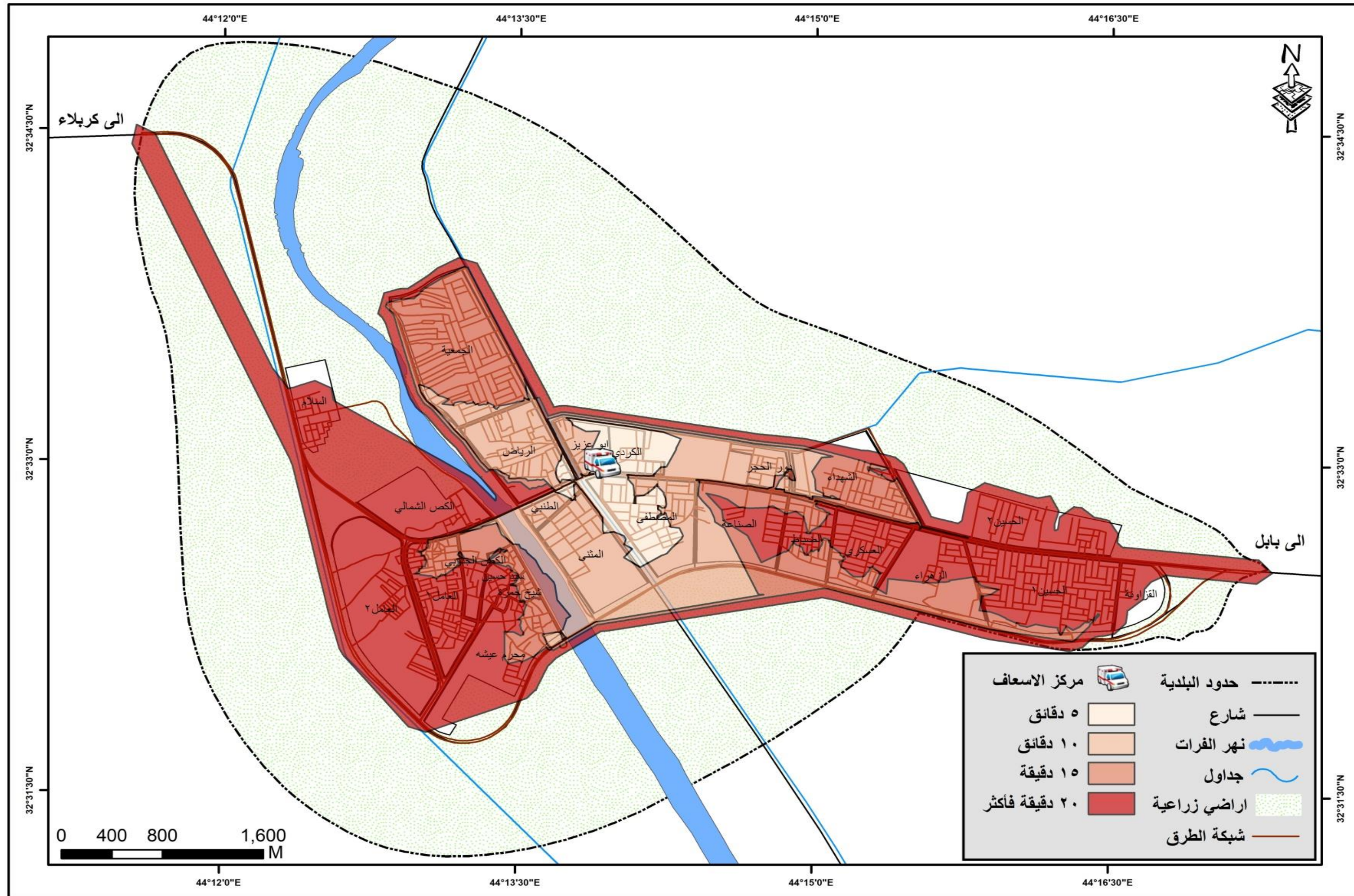
شملت حي الشهداء، الضباط، حي الصناعة، النصف الشرقي من حي المصطفى، محرم عيشة، الاجزاء الجنوبية من الكص الشمالي، الكص الجنوبي، سيد حسين، شيخ حمزة، حي الجمعية، والشارع الحولي للمدينة.

٤- فئة ٢٠ دقيقة

شملت هذه الفئة حي الكص الشمالي وحي السلام، حي العامل الثاني، النصف الجنوبي من حي العامل الاول ومحلة سيد حسين وشيخ حمزة وحي محرم عيشة، الجزء الشرقي من حي الصناعة والضباط، والنصف الشمالي من حي العسكري والحي الزهراء، وحي الحسين الاول وحي الحسين الثاني.

لقد ادى تركز هذا المركز في هذا المكان الى حرمان مناطق كثيرة من المدينة من هذه الخدمات الضرورية، فهي تقع ضمن نطاق خدمة الاسعاف وبزمن استجابة (٢٠) دقيقة فأكثر، لبعدها عن مركز الاسعاف، فضلاً عن حرمان بقية مناطق القضاء منها كونه يقدم خدماته للقضاء ككل بالإضافة الى قضاء الجدول الغربي، وما لهذا من اثر واضح على حالة المريض واحتمالية انقاذه من الوفاة.

خريطة (٢٢) نطاقات زمن رحلة الاستجابة لحالات الطوارئ (خدمة الاسعاف) في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠م



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على برنامج Arc Map 10.7.1.

ثانياً: درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية

ان كفاءة المنظومة الصحية او الخدمة الصحية المقدمة لا تقاس حصرا في داخل المستشفى بل يتم تقييمه وشعوره من قبل الاخرين وهم افراد المجتمع والمستفيدين المباشرين من استهلاك او استعمال الخدمة الصحية[1]، وقد يكون رضا السكان مؤشراً مفيداً لتحقيق نجاح وتطور الخدمات الصحية عبر الإصلاحات المستمرة[2]، لذا يعد استطلاع آراء سكان المدينة ومعرفة درجة رضاهم عن عمل الملاك الطبي والخدمات الصحية في المؤسسات الصحية من المؤشرات المهمة في نجاح هذه الخدمات وتطورها، ومن خلال استمارة الاستبانة نلاحظ تباين درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية المقدمة في المدينة وهي كما يأتي:-

١ - المستشفى

من الجدول (٢٩)، وشكل (١٥)، تباينت درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الهندية العام، حيث تكاد تكون متدنية بنسبة كبيرة فقد اجاب (٥٦%) من عينة الراسة وهم يشكلون الغالبية العظمى من المبحوثين انهم غير راضين عن الخدمات الصحية، وهذا يكشف عن الضعف في مؤشرات الأداء الخاصة بخدمات المستشفى، في حين اجاب (٣٧%) انهم راضين بدرجة نسبية، بينما اجاب (٧%) انهم راضين عن الخدمة، اذ تعاني المستشفى من قلة الاهتمام بالنظافة، فضلا عن ان بنايتها قديمة وتعود لعقد الثمانيات بالإضافة الى قلة الاهتمام بالمساحات الخضراء بالصورة التي من شأنها أن تساعد المريض على الشعور بالراحة النفسية والتي تساعد على الشفاء اضافة الى اهميتها الجمالية ودورها في تقليل الاشعاع الشمسي.

جدول(٢٩) درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية في المستشفى لسنة ٢٠٢٠.

المؤسسة	غير راضٍ	راضٍ نسبيا	راضٍ	المجموع
المستشفى	%٥٦	%٣٧	%٧	%١٠٠

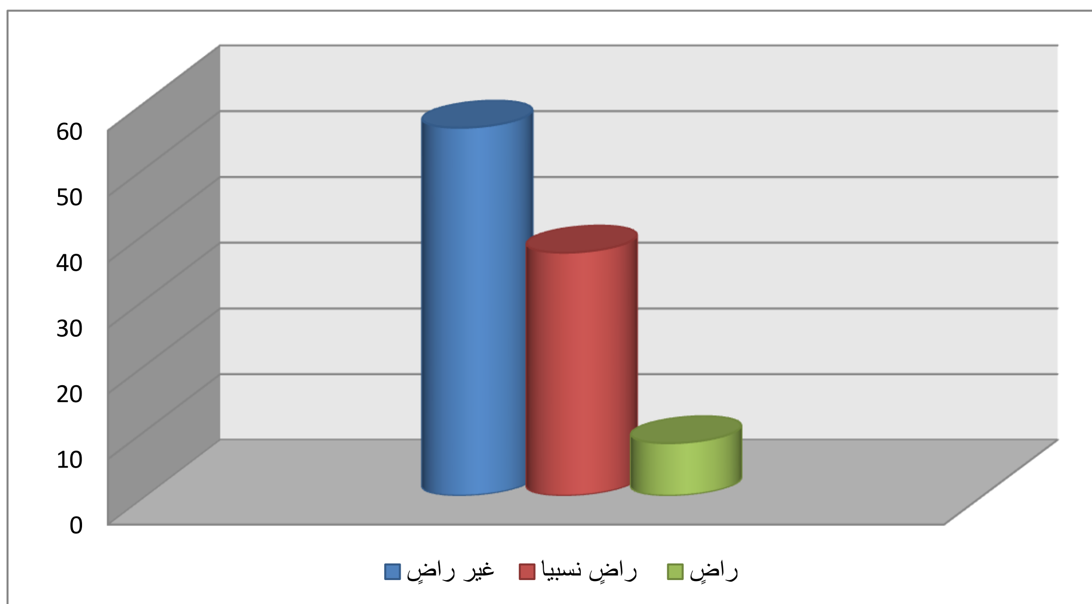
المصدر: الدراسة الميدانية، استمارة الاستبيان ملحق (١)، سؤال (١١).

---

(١) ثامر ياسر البكري، مصدر سابق، ص١٨٧.

(2) Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union, Katharine Footman And other, Health Policy, Vol 112, 2013, p63.

شكل (١٠) درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية في المستشفى لسنة ٢٠٢٠.



المصدر : من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٢٩).

٢- مراكز الرعاية الصحية الاولية

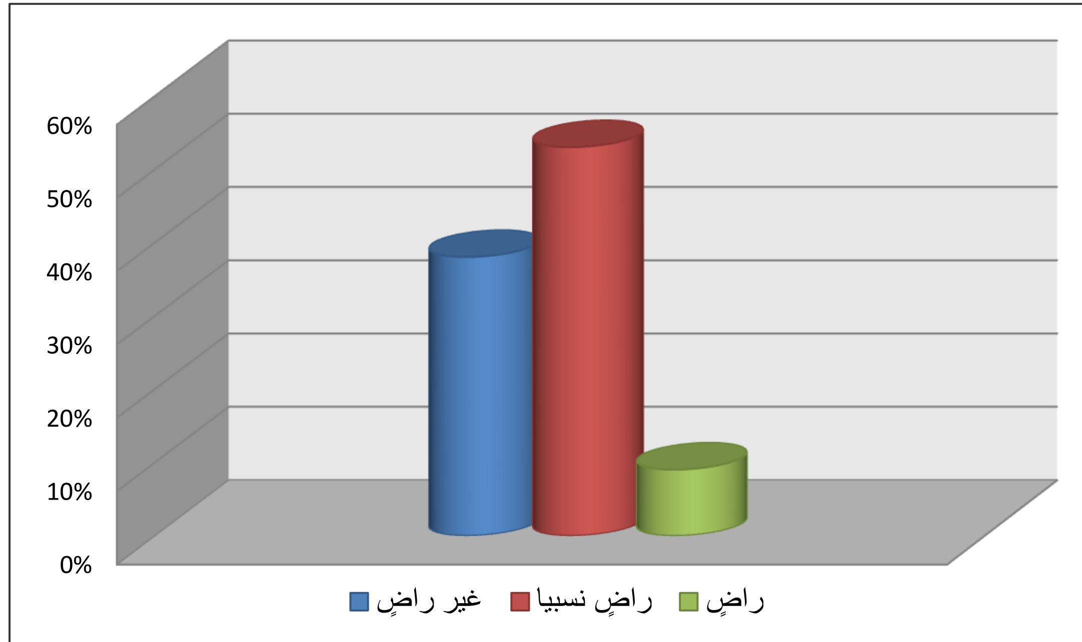
لقد تباينت آراء السكان المبحوثين حول درجة رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الاولية في المدينة، جدول (٣٠)، شكل (١٦)، اذ اجاب (٣٨%) من المبحوثين انهم غير راضين عن الخدمات الصحية المقدمة، في حين اجاب (٥٣%) وهم يشكلون الغالبية العظمى من المبحوثين انهم راضين بدرجة نسبية، بينما اجاب (٩%) انهم راضين عن الخدمات.

جدول(٣٠) درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠.

المؤسسة	غير راضٍ	راضٍ نسبيا	راضٍ	المجموع
المراكز الصحية	%٣٨	%٥٣	%٩	%١٠٠

المصدر : الدراسة الميدانية، استمارة الاستبيان ملحق (١)، سؤال (١١)

شكل (١١) درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٣٠).

٣- العيادة الشعبية

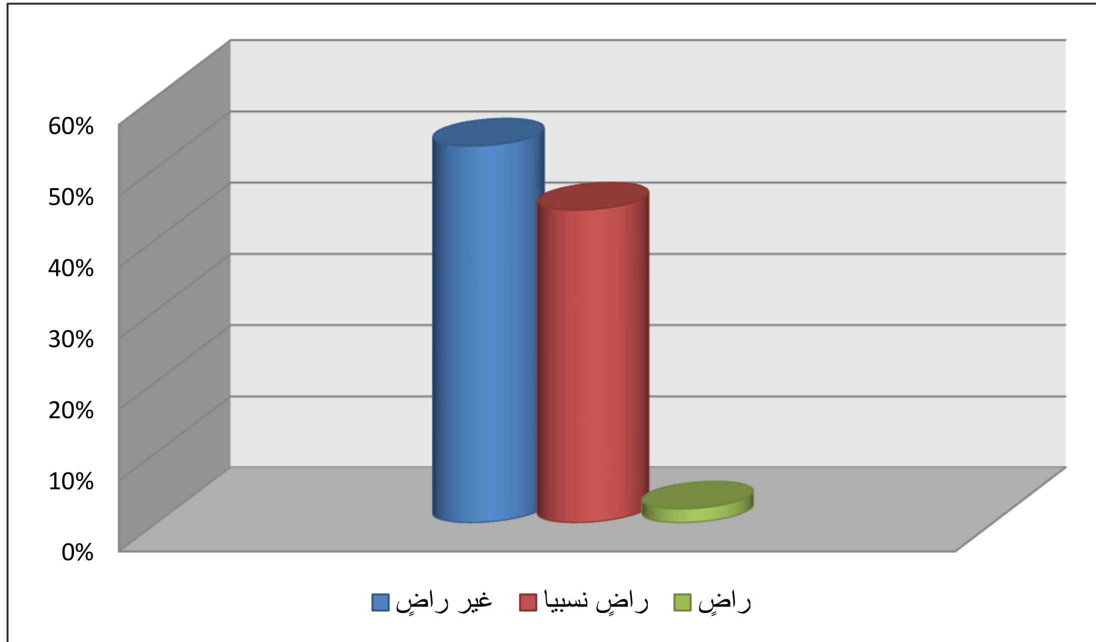
لقد تباينت آراء السكان المبحوثين حول درجة رضاهم عن خدمات العيادة الشعبية، جدول (٣١)، شكل (١٧)، فقد اجاب (٥٣%) من المبحوثين انهم غير راضيِن عن الخدمات المقدمة، وهي النسبة الاعلى، بينما اجاب (٤٤%) من المبحوثين انهم راضيِن بدرجة نسبية، فيما اجاب (٢%) انهم راضيِن.

جدول(٣١) درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية في العيادة الشعبية لسنة ٢٠٢٠.

المؤسسة	غير راضٍ	راضٍ نسبيا	راضٍ	المجموع
العيادة الشعبية	%٥٣	%٤٤	%٢	%١٠٠

المصدر : الدراسة الميدانية، استمارة الاستبيان ملحق (١)، سؤال (١١).

شكل (١٢) درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية في العيادة الشعبية لسنة ٢٠٢٠.



المصدر : من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٣١).

٤ – خدمة الاسعاف الفوري

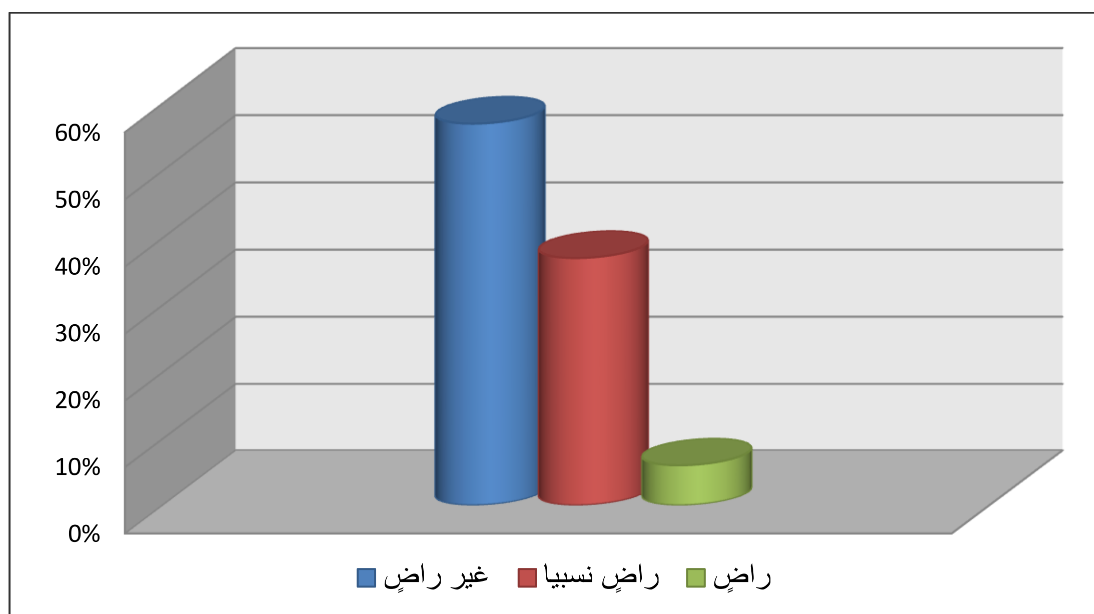
لقد تباينت آراء السكان المبحوثين حول درجة رضاهم عن خدمات الاسعاف الفوري، جدول (٣٢)، شكل (١٨)، حيث اجاب (٥٧%) من المبحوثين انهم غير راضين عن خدمات الاسعاف، وهم يشكلون النسبة الاعلى، بينما اجاب (٣٧%) من المبحوثين انهم راضين بدرجة نسبية، في حين اجاب (٦%) انهم راضين عن خدمة الاسعاف الفوري، وهم يشكلون النسبة الاقل.

جدول(٣٢) درجة رضا السكان عن خدمات الاسعاف الفوري لسنة ٢٠٢٠.

المؤسسة	غير راضٍ	راضٍ نسبيا	راضٍ	المجموع
الاسعاف الفوري	%٥٧	%٣٧	%٦	%١٠٠

المصدر : الدراسة الميدانية، استمارة الاستبيان ملحق (١)، سؤال (١١).

شكل (١٣) درجة رضا السكان عن خدمات الاسعاف الفوري لسنة ٢٠٢٠.



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٣٢).

٥- اسباب عدم رضا السكان عن الخدمات الصحية

ان (٨٩%) من اجمالي المبحوثين يواجهون مشكلة ازدحام المراجعين في المؤسسات الصحية[1]، ويتضح من جدول (٢٧)، وشكل(١٨) ان مشكلة كثرة المراجعين قد حظيت بأعلى نسبة، اذ اجاب (١٧٦) شخص من افراد العينة، ان كثرة المراجعين هي السبب الرئيسي في عدم رضاهم حيث شكلت نسبة (٥٢,٣%) من مجموع مشاكل الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية، في حين جاءت مشكلة قلة اعداد الكوادر الطبية بالمرتبة الثانية حيث اشار اليها (٩٧) شخص، وقد شكلت نسبة (٢٨,٨%) من مجموع المشاكل.

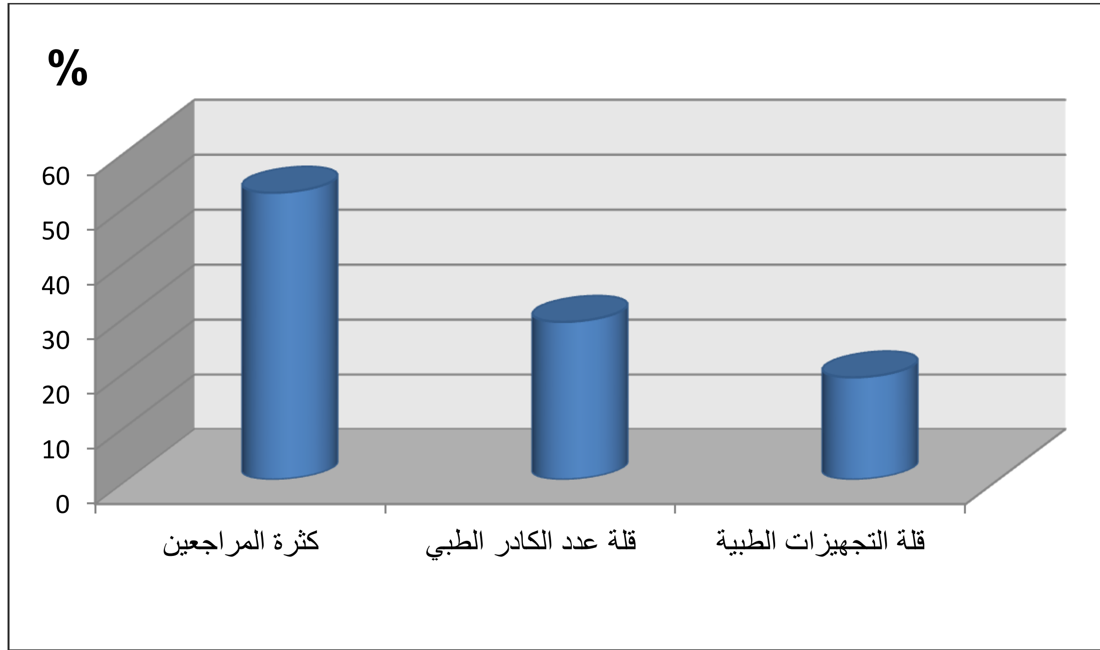
جدول (٣٣) اسباب عدم رضا السكان عن الخدمات الصحية في مدينة الهندية.

المشكلة	التكرارات	النسبة%
كثرة المراجعين	١٧٦	٥٢,٣
قلة عدد الكادر الطبي	٩٧	٢٨,٨
قلة التجهيزات الطبية	٦٣	١٨,٧
المجموع	٣٣٦	١٠٠%

المصدر : الدراسة الميدانية، استمارة الاستبيان، سؤال (١٥).

(١) الدراسة الميدانية، استمارة الاستبانة، سؤال رقم (١٥).

شكل (١٤) اسباب عدم رضا السكان عن الخدمات الصحية في مدينة الهندية



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٣٣).

اما في المرتبة الثالثة فقد جاءت مشكلة قلة توافر التجهيزات الطبية اذ تم طرحها من قبل (٦٣) شخص من افراد العينة، وقد شكلت نسبة (١٨,٧%) من مجموع مشاكل الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية في مدينة الهندية، لذلك كانت نسبة (٧٣%) من السكان المبحوثين يفضلون الذهاب عند اصابتهم بالمرض الى العيادة الخاصة، في حين كانت نسبة (٢١%) من المبحوثين يفضلون الذهاب الى المستشفى، اما السكان المتبقين يفضلون الذهاب الى المركز الصحي حيث شكلوا نسبة (٦%) من مجموع المبوحثين، جدول (٣٤) وشكل(٢٠)، اما الذين كانوا يذهبون للعلاج خارج المدينة فكانت نسبة الذين اجابوا بنعم (٦١%) من المبحوثين، وكانت نسبة الذين اجابوا بكلا، (٣٩%) من المبحوثين، شكل (٢١)، هذا يعني ان الخدمات الصحية في مدينة الهندية بحاجة الى بعض التطورات التي تلبي حاجة المواطنين من خلال أعادة النظر للخدمات الصحية بجوانبها المختلفة بتقديم أفضل الخدمات للسكان، لذا ينبغي توجيه الاهتمام بها قدر الإمكان، وهذا الاهتمام ينطلق من التوزيع المكاني الصحيح والملائم للمؤسسات الصحية وما يرتبط بها من طاقات بشرية متمثلة بزيادة الكادر الطبي والصحي، وتنمية مهاراتهم وتوفيرها بما يتلاءم واعداد السكان وحاجاتهم، والاستعانة بالأجهزة الحديثة والمتطورة التي تحسن من اداء العمل وتقلل الجهد المبذول، فضلاً عن الاهتمام والعناية بالمؤسسات الصحية وتقديم الدعم الفني

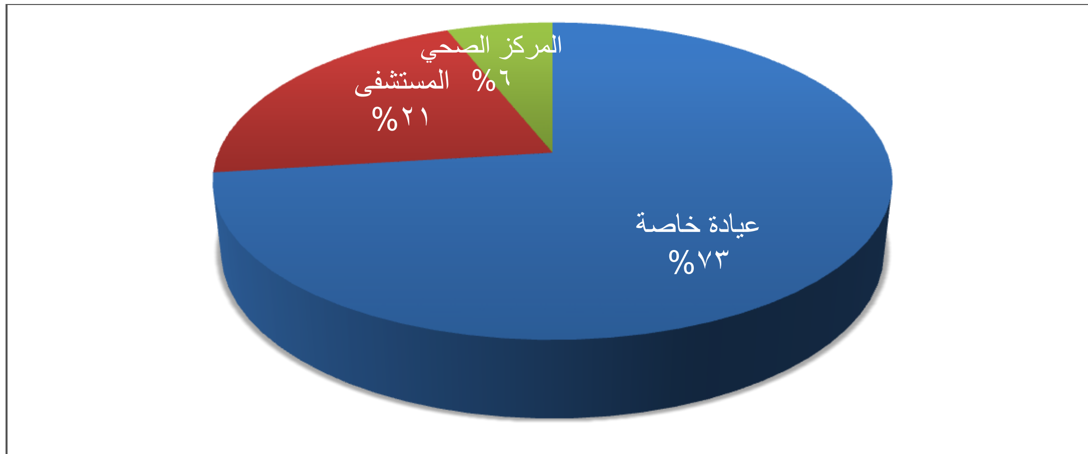
والإداري والمادي بما يحقق التوازن بين كمية ونوعية الخدمات المقدمة بما يتلاءم مع حاجة السكان.

جدول (٣٤) تباين نسب افضلية السكان بالذهاب الى المؤسسات الصحية في مدينة الهندية.

اسم المؤسسة	التكرارات	النسبة%
عيادة خاصة	٢٧٧	٧٣
قلة عدد الكادر الطبي	٨٠	٢١
قلة التجهيزات الطبية	٢١	٦
المجموع	٣٣٦	١٠٠%

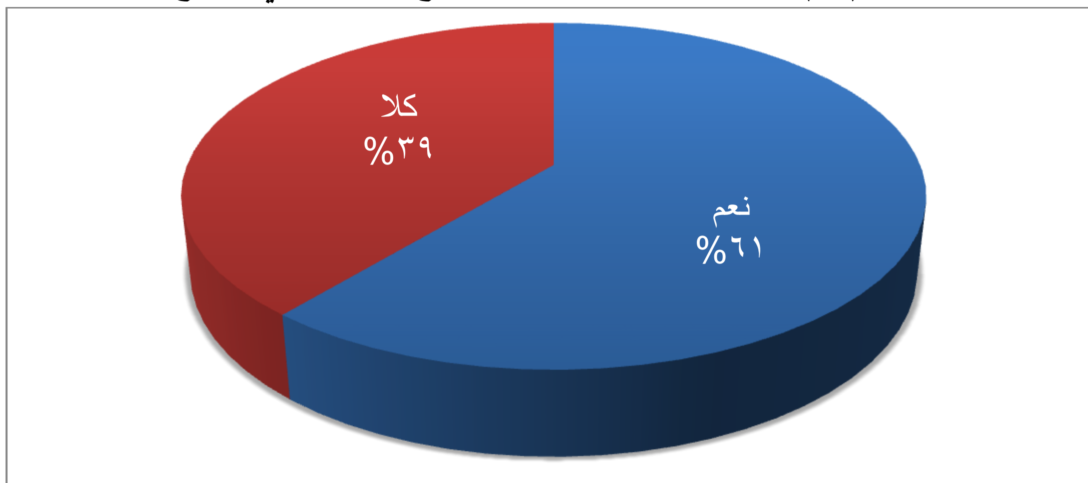
المصدر: الدراسة الميدانية، استمارة الاستبيان، سؤال رقم (١٣).

شكل (١٥) تباين نسب افضلية السكان بالذهاب الى المؤسسات الصحية في مدينة الهندية



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على استمارة الاستبانة، سؤال رقم (١٣).

شكل (١٦) نسبة السكان الذين يذهبون خارج المدينة لتلقي العلاج



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على استمارة الاستبانة، سؤال رقم (١٦).

الفصل الرابع

الحاجة الفعلية والمستقبلية للخدمات الصحية في مدينة الهندية

اولا: الحاجة الفعلية للخدمات الصحية في مدينة الهندية

ان الطلب على الخدمات الصحية يزداد بشكل مضطرد لإشباع رغبات الانسان وسد حاجته منها، ويكمن هذا الطلب في تلبية حاجة الزيادة السكانية المستمرة وزيادة حاجة الانسان الى تلك الخدمات بمرور الزمن وحسب ثقافة وتطور المجتمع، لذا من الممكن تحديد ما تحتاجه المدينة من الخدمات الصحية استنادا إلى حاجة السكان وبما يتناسب مع عددهم، وتزداد الحاجة الى تلك الخدمات مع زيادة عدد السكان وحسب ثقافة المجتمع وخاصة في الدول المتخلفة التي تعاني من امراض مختلفة، اما في الدول المتقدمة فهي تتطور بشكل ذاتي بما يخدم سكانها ومتوفرة في كل مكان[١]، وإن توفير أي نوع من الخدمات لابد إن يحقق الكفاية في تقديم الخدمة لكافة السكان، ومن خلال تخطيطها بما ينسجم وواقع توزيع السكان وكثافتهم، سواء تخطيط أو اختيار مواقع الخدمات المجتمعية، ويكون وفق المعايير المعتمدة في كل نوع من الخدمات[٢].

لذا من تطبيق المعايير المحلية وعبر مقارنة الخدمات الصحية مع عدد السكان يظهر أن المدينة حاليا تعاني من عجز واضح بعدد المؤسسات الصحية فضلا عن الملاكات البشرية، فهي بحاجة إلى اعادة النظر بها لكي تستطيع النهوض بواقعها، من اجل أيجاد توازن بين عدد السكان والخدمات الصحية المناسبة لهم، وهذا ما ينعكس على قبول المواطنين للخدمة المقدمة وشعوره بالرضا، والقدرة على الإنتاج بالنسبة لمقدم الخدمة، فالرضا عن العمل يؤدي دورا في زيادة الإنتاج وتطوير الأداء في المؤسسات المختلفة، لذا يمكن التعرف على مدى الحاجة الفعلية بالنسبة للخدمات الصحية في المدينة وهي كما يأتي:-

١- المستشفى

ان مقدار الحاجة الفعلية بالنسبة لعدد المستشفيات في المدينة بحجمها السكاني البالغ (١١٤٨٤٠) نسمة، بلغت حاجتها الى مستشفيان اثنان وفقاً للمعيار المتبع (٥٠٠٠٠) نسمة، ولأن المستشفى هي الوحيدة حاليا في المدينة، وهي التي تقوم بمهمة تقديم الخدمات الصحية، فأن هؤلاء السكان بحاجة حاليا الى مستشفى واحدة، اما فيما يخص اعداد الملاكات الصحية

---

(١) خلف حسين علي الدليمي، التخطيط الحضري اسس ومفاهيم، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة، ط١، ٢٠٠٢، ص٢٢٤.

(٢) خلف حسين علي الدليمي، تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية اسس – معايير- تقنيات، مصدر سابق، ص٦.

الموجودة حاليا والاسرة فلم تسجل أي حاجة لزيادة اعدادهم، ما عدا حاجتها لأطباء الاسنان فقد بلغت (١٣٧) طبيب اسنان، لان مستشفى الهندية العام تفتقر لأطباء الاسنان.

٢- المراكز الصحية الاولية

لتحديد الحاجة الفعلية بالنسبة لعدد المراكز الصحية الأولية في المدينة، وبعد أن تمت مقارنة الإعداد المتوفرة حالياً في المدينة مع الحجم السكاني وبحسب المعايير المحلية فان المدينة تعاني من عجز واضح في عدد مراكز الرعاية الصحية الاولية فهي بحاجة الى (٦) مراكز صحية وبمساحة (٣٠٠٠٠م٢)، ويجب عند انشائها الاخذ بالحسبان التوزيع الجغرافي لها، والذي من شأنه ان يحقق التوازن المكاني بين الخدمة الصحية وعدد السكان وتوزيعهم، وبالنسبة لإعداد الكوادر الموجودة في المراكز الصحية الحالية والحاجة منها فقد تباينت فيما بينها، وهي كما يلي:-

أ. المركز الصحي الهندية النموذجي

لقد كانت الحاجة بالنسبة لهذا المركز من الاطباء بواقع (٥) طبيب، و(١٥) من كوادر ذوي المهن الصحية، اما اطباء الاسنان والصيادلة والملاك التمريضي فلم تسجل اي حاجة فعليه لزيادة اعدادهم، جدول (٢٩) وشكل(٢٢).

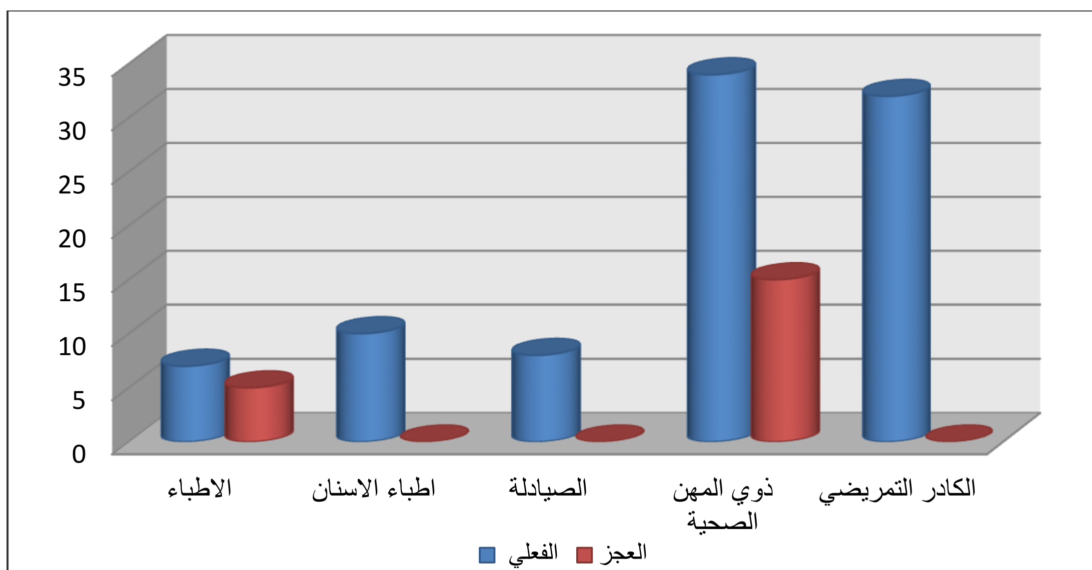
جدول (٣٥) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز الهندية النموذجي لسنة ٢٠٢٠

الخدمات	الفعلي	الحاجة	المعيار
الاطباء	٧	٥	١٠٠٠٠ نسمة /٢
اطباء الاسنان	١٠	-	١٠٠٠٠ نسمة /١
الصيادلة	٨	-	٢٠٠٠٠ نسمة / ١
ذوي المهن الصحية	٣٤	١٥	١٠٠٠٠ نسمة / ٨
الكادر التمريضي	٣٢	-	١٠٠٠٠ نسمة / ٢
المجموع	٩١	٢٠	

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

- بيانات الجدول (١٠).
- بيانات الجدول (٢).

شكل (١٧) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز الهندية النموذجي لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول (٣٥).

ب. المركز الصحي في مليبيج

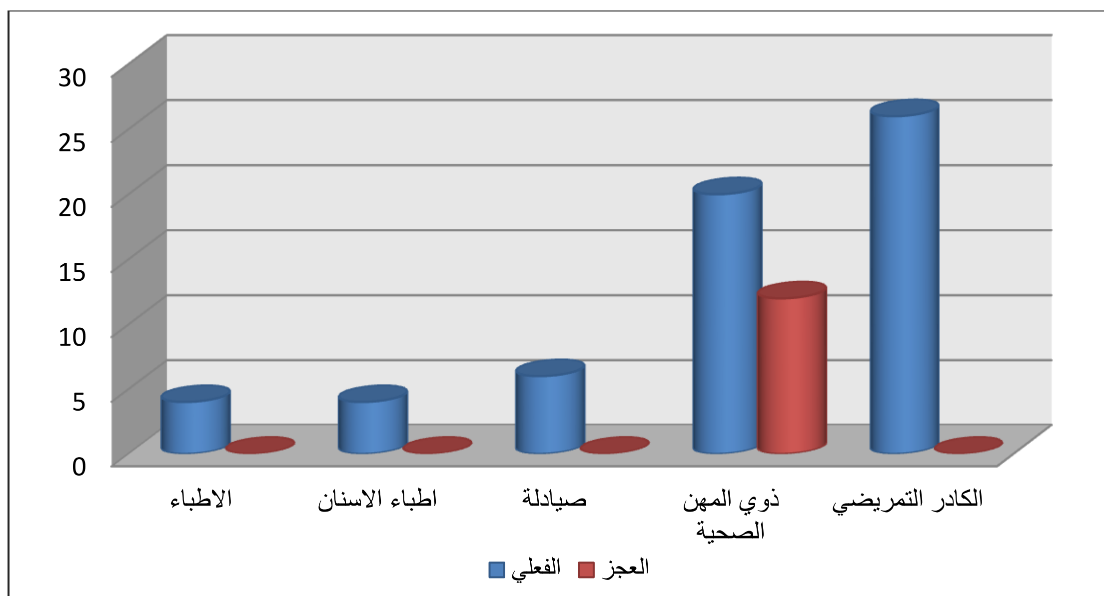
ان الحاجة الفعلية من الكوادر الصحية الموجودة في هذا المركز سجلت فقط (١٢) من كادر ذوي المهن الصحية، فيما لم تسجل أي حاجة بالنسبة لعدد الاطباء، والصيادلة والكادر التمريضي، جدول (٣٦) وشكل(٢٣).

جدول (٣٦) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز مليبيج لسنة ٢٠٢٠

الخدمات	الفعلي	الحاجة	المعيار
الاطباء	٤	-	١٠٠٠٠ نسمة /٢
اطباء الاسنان	٤	-	١٠٠٠٠ نسمة /١
الصيادلة	٦	-	٢٠٠٠٠ نسمة / ١
ذوي المهن الصحية	٢٠	١٢	١٠٠٠٠ نسمة / ٨
الكادر التمريضي	٢٦	-	١٠٠٠٠ نسمة / ٢
المجموع	٦٠	١٢	

المصدر: من عمل الباحث.
- بيانات الجدول (١٢).
- بيانات الجدول (٢).

شكل (١٨) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز مليبيج لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول (٣٦).

ج. المركز الصحي في الجانب الصغير

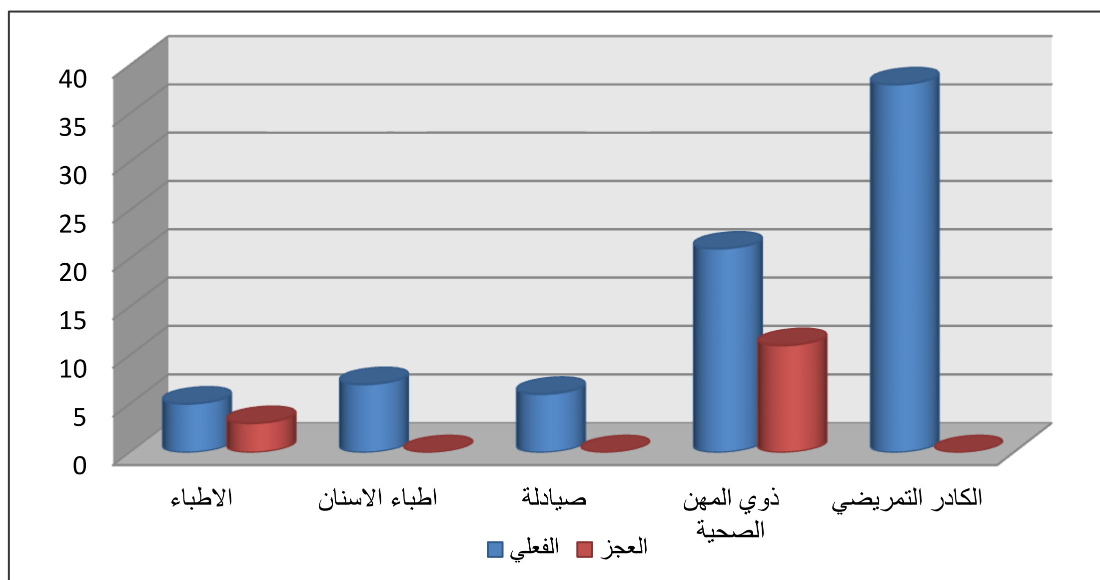
لقد بلغت الحاجة الفعلية من الكوادر الصحية الموجودة في هذا المركز، بواقع (٣) طبيب، و(١١) من ملاك ذوي المهن الصحية، أما اطباء الاسنان والصيادلة والملاك التمريضي فلم تسجل اي حاجة فعليه لزيادة اعدادهم، جدول (٣٧) وشكل (٢٤).

جدول (٣٧) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز الجانب الصغير لسنة ٢٠٢٠

الخدمات	الفعلي	الحاجة	المعيار
الاطباء	٥	٣	١٠٠٠٠ نسمة /٢
اطباء الاسنان	٧	–	١٠٠٠٠ نسمة /١
صيادلة	٦	–	٢٠٠٠٠ نسمة / ١
ذوي المهن الصحية	٢١	١١	١٠٠٠٠ نسمة / ٨
الكادر التمريضي	٣٨	–	١٠٠٠٠ نسمة / ٢
المجموع	٧٧	١٤	

المصدر: من عمل الباحث.
- بيانات الجدول (١٤).
- بيانات الجدول (٢).

شكل (١٩) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز الجانب الصغير لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول (٣٧).

د. المركز الصحي في الحي العسكري

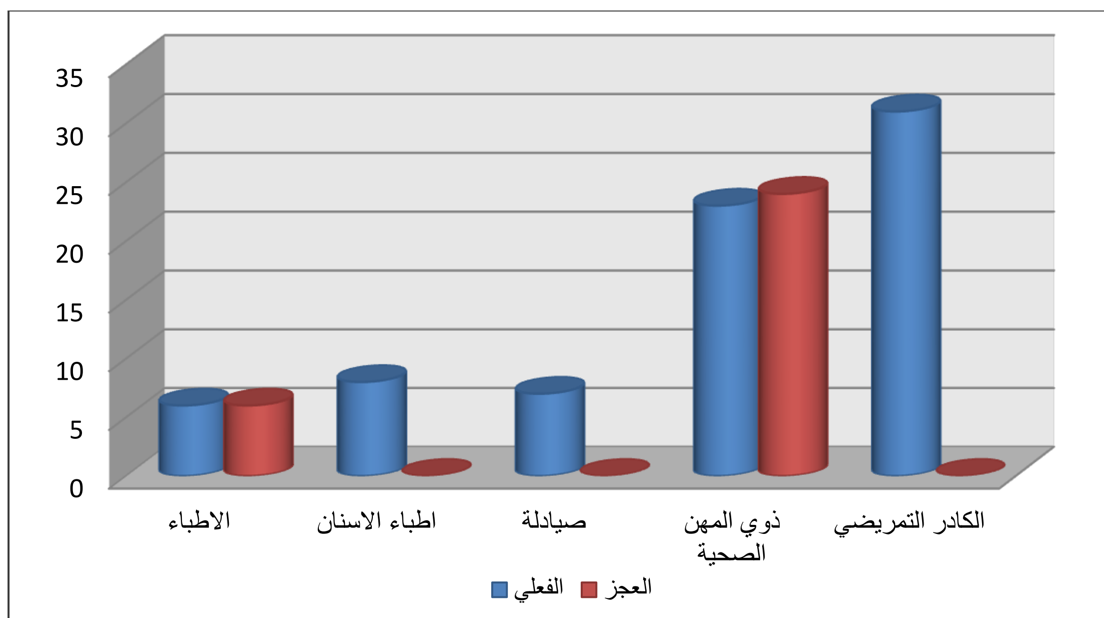
سجل هذا المركز حاجة فعلية من الملاكات الصحية الموجودة فيه، بواقع (٦) طبيب، و(٢٣) من كوادر ذوي المهن الصحية، أما اطباء الاسنان والصيادلة والملاك التمريضي فلم تسجل اي حاجة فعليه لزيادة اعدادهم، جدول (٣٨) وشكل (٢٥).

جدول (٣٨) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز الحي العسكري لسنة ٢٠٢٠

الخدمات	الفعلي	الحاجة	المعيار
الاطباء	٦	٦	١٠٠٠٠ نسمة /٢
اطباء الاسنان	٨	–	١٠٠٠٠ نسمة /١
صيادلة	٧	–	٢٠٠٠٠ نسمة / ١
ذوي المهن الصحية	٢٣	٢٤	١٠٠٠٠ نسمة / ٨
الكادر التمريضي	٣١	–	١٠٠٠٠ نسمة / ٢
المجموع	٧٥	٣٠	

المصدر: من عمل الباحث.
- بيانات الجدول (١٦).
- بيانات الجدول (٢).

شكل (٢٠) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز الحي العسكري لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول (٣٨).

هـ. المركز الصحي في حي الحسين

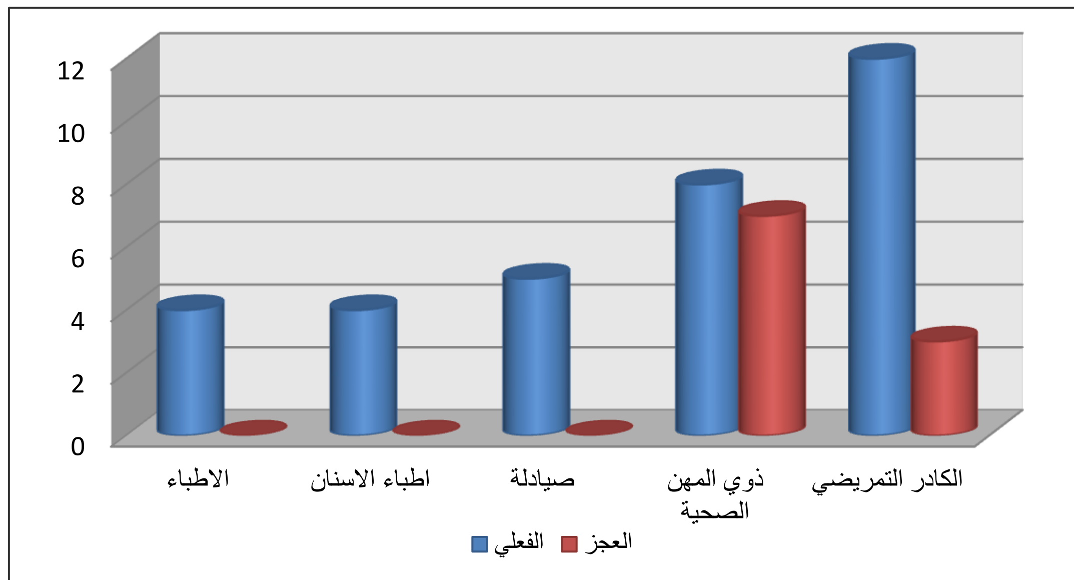
لقد سجل هذا المركز حاجة حالية من الكوادر الصحية الموجودة فيه، بلغت (٧) من كادر ذوي المهن الصحية، و(٣) من الملاك التمريضي، أما الأطباء واطباء الاسنان والصيادلة فلم تسجل اي حاجة لزيادة اعدادهم، جدول (٣٩) وشكل (٢٦).

جدول (٣٩) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز حي الحسين لسنة ٢٠٢٠

الخدمات	الفعلي	الحاجة	المعيار
الاطباء	٤	–	١٠٠٠٠ نسمة /٢
اطباء الاسنان	٤	–	١٠٠٠٠ نسمة /١
صيادلة	٥	–	٢٠٠٠٠ نسمة / ١
ذوي المهن الصحية	٨	٧	١٠٠٠٠ نسمة / ٨
الكادر التمريضي	١٢	٣	١٠٠٠٠ نسمة / ٢
المجموع	٣٣	١٠	

المصدر: من عمل الباحث.
- بيانات الجدول (١٨).
- بيانات الجدول (٢).

شكل (٢١) اعداد الملاكات الصحية الفعلي والحاجة منها في مركز حي الحسين لسنة ٢٠٢٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على جدول (٣٩).

٣- العيادة الطبية الشعبية في مدينة الهندية

تحتوي منطقة المدينة على عيادة شعبية واحدة تقدم خدماتها الى سكان المدينة بحجم سكاني بالغ (١١٤٨٤٠) فهي بحاجة الى (١١) عيادة شعبية، وبما ان هذه العيادة تقدم خدماتها كل جميع سكان القضاء، فضلاً عن قضاء الجدول الغربي، فتكون الحاجة (٢٧) عيادة شعبية، وان كفاية اعداد العيادات الشعبية يساهم في تخفيف العبء عن كاهل الكادر الصحي من جهة، ورفع كفاءة الخدمة الصحية المقدمة من جهة اخرى.

٤- وحدة العمليات الطبية (خدمة الاسعاف)

ان مدينة الهندية امتازت بكفاءتها العددية في سيارات الاسعاف وفق المعيار المحدد (١٠٠٠٠) نسمة/ سيارة اسعاف، وان العدد الفعلي للسيارات في المدينة (٢٩) سيارة اسعاف، لذا لم تكن بحاجة في الوقت الحالي الى سيارات اسعاف اضافية في حال ان بقيت خدمتها المقدمة على هذه المناطق التي تخدمها حاليا وبحجمها السكاني الحالي.

عبر تحليل المؤسسات الصحية في المدينة يتضح أن بعض الملاكات تتمتع بمستوى كفاءة نسبية، ولكن هناك خلل واضح في بعضها الآخر والذي يتمتع بمستوى متدنٍ وخاصة فيما يتعلق

بتوافقها مع عدد السكان ومناطق تركزهم، الذي لا يتلاءم مع نتيجة النمو السكاني المتزايد مما يزيد من عبء المؤسسات الصحية في مواجهة الضغط المتزايد للسكان، بتالي يقلل من كفاءتها.

ثانيا: تقدير الحجم السكاني لمدينة الهندية واحتياجاته المستقبلية من الخدمات الصحية:

١- تقدير الحجم السكاني لمدينة الهندية حتى سنة ٢٠٣٠

يعد تقدير حجم السكان للمدينة مؤشراً ونتاجاً ديموغرافياً في غاية الأهميَّة للدراسة، وتأتي أهمية هذه التقديرات السكانية في المستقبل في أنها تؤدي دوراً بارزاً في عمليات التخطيط الاقتصادي والاجتماعي، فمن خلالها يمكن تحديد حجم السكان في المستقبل، وكشف خصائصهم الديموغرافية ومعرفة متطلباتهم الأساسية من الخدمات الصحية بالشكل الذي لا يخلق إرباكاً اقتصادياً وتخطيطياً في قدرات الدولة وإمكانياتها الاقتصادية[١].

يمكن عد المتغير السكاني بأنه اهم المتغيرات التي ينبغي الاعتماد عليها كونه المساعد الاساسي في وضع الخطط المستقبلية لأي اقليم من الاقاليم، لأنه النمو السكاني المتوقع للسنوات القادمة هو الذي يحدد حجم المدينة الامر الذي يستدعي التهيؤ لوضع الخطط الاستعدادية لاستيعابه بمساحات تخص استعمالات الاراضي المختلفة ولاسيما استعمالات الارض للخدمات الصحية مما يبرز دور التخطيط في وضع التصاميم الاساسية للمدن بناءاً على حجم السكان ونموهم العددي، لذا فقد تتطلب عملية تقدير السكان إلماماً بالمتغيرات المتداخلة التي تسهم بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتي تمثل هدفاً رئيسياً من أهداف التخطيط المستقبلي[١].

ان تقدير ما تحتاجه المدينة مستقبلا من الخدمات الصحية يتطلب مواكبة التغيرات المتوقعة في اعداد السكان وما يقابلها من المؤسسات الصحية حتى عام ٢٠٣٠ من اجل رفع كفاءتها، وقد تم الاعتماد على البيانات والتقديرات السكانية لسنة ٢٠٢٠، اذ بلغ سكان مدينة الهندية في سنة الاساس ٢٠١٨ (١١٤٨٤٠) نسمة، فبلغ عدد السكان في سنة الهدف ٢٠٣٠ (١٤١٣٦١) نسمة[*].

---

[١] فتحي أحمد أبو عيانة، جغرافية السكان، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت، ١٩٨٦، ص٢٧٢ .

[١] مالك ابراهيم الدليمي، محمد العبيدي، التخطيط الحضري والمشكلات الانسانية، بغداد، ١٩٩٠، ص١٩٧.

[*] تم استخراج عدد السكان لسنة ٢٠٣٠ من خلال تطبيق المعادلة الآتية:-

بحسب الاسقاطات المتوقعة بجدول (٤٠) شكل (٢٧)، فان حجم السكان في المدينة سيصل الى (١٢٢٢٢٦) نسمة عام ٢٠٢٣، والى (١٣٠٠٨٧) نسمة عام ٢٠٢٦، والى (١٤١٣٦١) نسمة عام ٢٠٣٠، وهذا يعني ان سكان مدينه الهندية سيتزايد بشكل مستمر وينبغي ان يترتب على هذه الزيادة وضع استراتيجية سكانية صحية شاملة من قبل الجهات المسؤولة لتوفير المؤسسات المناسبة بما يستوعب هذه الزيادة المتوقعة بأعداد السكان فضلا عن الحاجة الحالية في منطقة الدراسة لهذه المؤسسات.

جدول (٤٠) تقديرات سكان مدينة الهندية للفترة ٢٠٢٠ – ٢٠٣٠

السنة	عدد السكان
٢٠٢٠	١١٤٨٤٠
٢٠٢١	١١٧٢٥١
٢٠٢٢	١١٩٧١٣
٢٠٢٣	١٢٢٢٢٦
٢٠٢٤	١٢٤٧٩٢
٢٠٢٥	١٢٧٤١٢
٢٠٢٦	١٣٠٠٨٧
٢٠٢٧	١٣٢٨١٨
٢٠٢٨	١٣٥٦٠٧
٢٠٢٩	١٣٨٤٥٤
٢٠٣٠	١٤١٣٦١

المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على:-

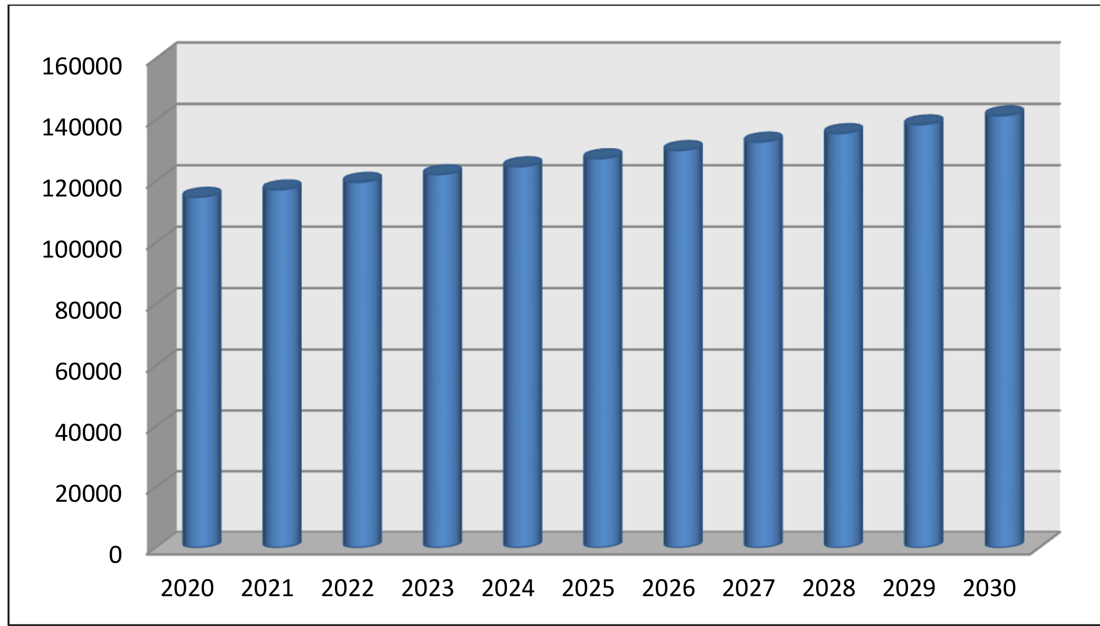
- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، مديرية إحصاء محافظة كربلاء.

معدل النمو للمحافظة x عدد السكان الحالي= الناتج

الناتج + عدد السكان الحالي = عدد السكان للسنة القادمة

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء، مديرية احصاء كربلاء.

شكل (٢٢) تقديرات سكان مدينة الهندية للفترة ٢٠٢٠ – ٢٠٣٠



المصدر: من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٤٠).

٢- تقدير الاحتياجات المستقبلية لمدينة الهندية من الخدمات الصحية حتى سنة ٢٠٣٠.

تعد دراسة الحاجة المستقبلية من الخدمات الصحية التي تقدمها المدينة لسكانها، لها أهمية كبيرة في مجال تخطيط وتنمية الخدمات، والهدف منها إشباع حاجات السكان، ولهذا تحتاج عملية تخطيط الخدمات الصحية إلى ضرورة وضع عدة حلول لتحقيق الأهداف المنشودة والمتمثلة في توفير خدمات كافية ومناسبة ومرافق خدمية فاعلة ومؤثرة، ولا يمكن تقدير الحاجة المستقبلية من الخدمات الصحية دون تقدير أعداد السكان.

بالإمكان تحديد ما تحتاجه المدينة من الخدمات الصحية في المستقبل استناداً الى حاجة سكان المدينة المتوقع وبما يتناسب مع عددهم ونموهم، وهي كما يأتي:-

١- **المستشفيات:** تقدر احتياجات مدينة الهندية لعام ٢٠٣٠ من المستشفيات (٣) مستشفى، ويوجد فيها حاليا مستشفى واحدة فقط تغطي المدينة بل قضاء الهندية بالكامل اضافة الى قضاء الجدول الغربي، اي ان المدينة تحتاج مستقبلا الى (٢) مستشفى لتلبية احتياجات السكان المتزايدة، وبحاجة الى (٢٨٣) سرير، يوجد فيها حاليا (٢٧١) سرير، اي ان المدينة تحتاج مستقبلا الى (١٢) سرير، فيما لم تسجل حاجة بالنسبة لزيادة اعداد الاطباء والصيادلة وذوي المهن الصحية والكادر التمريضي مستقبلا.

٢- المراكز الصحية الرئيسية:

ان حاجة المدينة من المراكز الصحية لعام ٢٠٣٠ بلغت (١٤) مركزاً، والموجود فيها في الوقت الحالي (٥) مراكز، هذا يعني ان المدينة بحاجة الى (٩) مراكز، وتقدر المساحة المطلوبة (٦١١٠٠م^{٢}).

٣- العيادة الطبية الشعبية:

تقدر حاجة المدينة من العيادات الطبية الشعبية لعام ٢٠٣٠ (١٤) عيادة شعبية، تحتوي المدينة حاليا على عيادة شعبية واحدة، هذا يعني ان المدينة بحاجة الى (١٣) عيادة شعبية.

٤- وحدة العمليات الطبية (خدمة الاسعاف)

لم تسجل مدينة الهندية حاجة لزيادة عدد سيارات الاسعاف، وان العدد الحالي للسيارات بلغ (٢٩) سيارة اسعاف، لذا لن تكون بحاجة حتى في عام ٢٠٣٠ الى سيارات اسعاف اضافية في حال إن كانت خدمتها المقدمة للمدينة فقط.

وعليه فان المدينة تحتاج الى دعماً مادياً ومعنوياً واهتماماً متزايداً في العديد من الجوانب الصحية بما يتناسب والحاجة الصحية للمواطنين، اضافة الى اختيار الاماكن المناسبة لتوقيع الخدمات الطبية الجديدة التي تضاف الى الخدمات الموجودة ويجب ان يراعى التوزيع الجغرافي العادل لها بما يضمن كفاءة الخدمة المقدمة للمواطنين، لكي تسهم بشكل فعال للنهوض بواقعها الحالي واستيعابها للمترددين عليها من داخل المدينة وخارجها.

الاستنتاجات والمقترحات

الاستنتاجات

١. يتبين عبر الدراسة ان مدينة الهندية تعاني من نقصٍ واضح من المستشفيات، فهي تحتوي على مستشفى واحدة تقع ضمن حدود حي الرياض، وتتميز بامتداد تأثيرها الاقليمي الى حدود واسعة، اذ تخدم سكان المدينة، وناحية الخيرات وقضاء الجدول الغربي، وكذلك جزء ناحية السدة وقضاء المسيب ويمتد الى الحدود الإدارية لمدينة كربلاء، ولم يتم انشاء اي مستشفى حكومي منذ الثمانينيات في المدينة، كما احتوت منطقة الدراسة على (٥) مراكز صحية اولية تتوزع بين الاحياء السكنية، وعيادة شعبية واحدة، وكلها تعاني من ارتفاع اعداد السكان المخدومين عن المعيار المحلي ونقص في اعداد الكوادر الطبية.

٢. تظهر الدراسة ان اغلب المؤشرات المستخدمة في تقييم كفاءة المستشفى اتصفت بكفاءة الخدمة من ناحية (معيار نسمة / طبيب)، (نسمة / صيدلي)، (نسمة / موظف من ذوي المهن الصحية)، (معيار نسمة / الكادر التمريضي)، (معيار نسمة / الملاكات المختبرية)، (معيار ذوي المهن الصحية / طبيب)، (معيار عدد الممرضين / طبيب)، (معيار عدد الاسرَة / الطبيب)، (معيار عدد الاسرة / ذوي المهن الصحية)، (معيار عدد الأسرّة / ممرض)، (نسبة أشغال السرير)، اما بالنسبة للمعايير (معيار نسمة / مستشفى)، (معيار نسمة / سرير) (معيار المرضى الراقدين / طبيب، (معيار عدد المرضى الراقدين / عامل ذوي المهن الصحية)، فقد اتصفت بتدني مستوى كفاءة الخدمة حسب المعايير التخطيطية.

٣. تظهر الدراسة ان المؤشرات المستخدمة في تقييم كفاءة المراكز الصحية اتصفت بتدني كفاءة الخدمة بالنسبة لـ (معيار نسمة / مركز)، (معيار نسمة / طبيب)، (نسمة / ذوي المهن الصحية)، (معيار نسمة / الملاكات المختبرية)، حيث تعاني بعض المراكز الصحية من نقص واضح بعدد الكوادر الطبية والصحية، حيث تفوقت بعضها على المعايير والمؤشرات الطبية، اما بالنسبة للمعايير (معيار نسمة / طبيب اسنان)، (نسمة / صيدلي)، (معيار نسمة / ممرض). اتصفت بكفاءة الخدمة

٤. اشارت المؤشرات المساحية الى قلة مساحة المستشفى في المدينة والتي بلغت (٢٠٠٠٠م^2)، مما ادى الى صغر مساحة حصة الفرد الواحد (٠,١٧م^2)، فضلا عن قلة مساحة المراكز الصحية الاولية مقارنة بالمعايير التخطيطية المحلية والتي بلغت (٨٩٠٠م^2).

٥. جاءت نتائج التحليل لنطاق خدمة المستشفى وفق عامل المسافة انها تغطي مساحات كبيرة وفق المعيار التخطيطي تضم قضائي الهندية والجدول الغربي وجزء كبير من المساحات التابعة لمحافظة بابل وقضاء الحسينية ومركز كربلاء.

٦. بحسب تحليل نطاق الخدمة (سهولة الوصول) وفق شبكة النقل بدلالة المعيار التخطيطي للزمن المحدد للوصول للمستشفى، ان المدينة حققت سهولة وصول حسب المعيار.

٧. اظهرت نتائج التحليل لنطاق خدمة المراكز الصحية الاولية وفق المعيار التخطيطي للمسافة، ان المساحة المخدومة بلغت (٥٥٢,٨) هكتار، في حين بلغت المساحة غير المخدومة (٣١٦,٤٩) هكتار، كما يوجد تداخل في نطاقات خدمة اغلب المراكز مع اختلاف في شدة هذا التداخل، مما جعل بعض مساحات الاحياء تحت نطاق خدمة اكثر من مركز صحي وحرمان بعضها الاخر من خدمة اي مركز، ويصل هذا الحرمان الى مستوى حي كامل خارج نطاق الخدمة كحي الجمعية.

٨. بحسب تحليل نطاق الخدمة (سهولة الوصول) وفق شبكة النقل بدلالة الزمن المحدد للوصول الى المراكز الصحية الاولية، ان هناك اجزاء كبيرة من نطاق الخدمة للمراكز الصحية (الهندية النموذجي، الجانب الصغير، العسكري النموذجي، ومركز الحسين) تستغرق زمن (١٠ دقائق) فأكثر، وكان السبب وراء ذلك هو الضعف الواضح في شبكة الشوارع حيث ان اغلب احياء المدينة تفتقر الى شبكة معبدة من الشوارع والتي تسهل وصول السكان الى المراكز الصحية، اضافة الى الازدحامات المرورية الكثيرة خاصة على الطرق الرئيسية، كذلك موقع بعض المراكز في الشوارع الفرعية.

٩. اظهرت نتائج التحليل لنطاق خدمة (سهولة الوصول) للعيادة الشعبية وزمن استجابة خدمة الاسعاف، ان هناك اجزاء كبيرة من المدينة تواجه صعوبة في الوصول، والسبب هو الضعف الواضح في كفاءة شبكة الشوارع وقلة اعداد هذه المؤسسات وطبيعة توزيعها.

١٠. اوضحت الدراسة الميدانية عدم رضا السكان عن الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية بصورة عامة فقد بلغت نسبة عدم رضا السكان عن الخدمات المقدمة في المستشفى (٥٦%)، والمراكز الصحية (٣٨%)، والعيادة الشعبية (٥٣%)، والاسعاف الفوري (٥٧%)، وذلك بسبب كثرة المراجعين وقلة عدد الكادر الطبي، فضلا عن قلة التجهيزات الطبية.

١١. تمكنت الدراسة من تحديد الحاجة الحالية للخدمات الصحية في مدينة الهندية، وبلغت الحاجة من المستشفيات بواقع مستشفى واحدة، وحسب حجم السكان الحالي يتوفر فيها عدد مناسب من الاطباء، ولكنها تفتقر بالكامل الى اطباء الاسنان حيث قدرت الحاجة الى (١٣٧) طبيب اسنان،

اما بالنسبة للمراكز الصحية الاولية فكانت الحاجة بواقع (٦) مراكز صحية، و(٨٦) من الكوادر الطبية والصحية الخاصة بها، تتوزع على المراكز (الهندية النموذجي، مليبيج، الجانب الصغير، العسكري، وحي الحسين) بواقع (٢٠، ١٢، ١٤، ٣٠، ١٠) موظف على التوالي من مجموع الكوادر الطبية والصحية، اما العيادة الشعبية فالمدينة بحاجة حالية الى (١١) عيادة.

١٢.تم تقدير الحجم السكاني لمدينة الهندية لغاية عام ٢٠٣٠ واتضح ان عدد سكان المدينة سيصل الى (**١٤١٣٦١**) نسمة، ويتضح من ذلك ان المدينة بحاجة الى زيادة اعداد المؤسسات الصحية لسد حاجة السكان من الخدمات الصحية، حيث ان مقدار الحاجة من المؤسسات الصحية في المدينة لغاية عام ٢٠٣٠ بلغ (٢) مستشفيات، و(١٢) سرير، و(٩) مراكز صحية اولية، و(١٣) عيادة شعبية.

المقترحات

يمكن صياغة المقترحات استناداً على ما عرضته الاستنتاجات وهي كالاتي:-

١. انشاء مراكز صحية رئيسية في المدينة وتوزيعها بشكل متوازن، مما يقلل الضغط الحاصل على المراكز الحالية، ويضمن تغطية مساحات اكبر من الاحياء السكنية.

٢. العمل على زيادة اعداد المستشفيات ومساحاتها، وتوزيعها بصورة صحيحة بما يضمن تغطية مساحات اكثر لتغطية خدمة سكانها بشكل كامل، وهذا بدورة يؤدي الى اعادة توزيع السكان بصورة متوازنة واستثمار للمساحات الفارغة ويعمل على تقليل تركز السكان في مركز المدينة فقط.

٣. رفد المؤسسات الصحية الموجودة في المدينة بالكوادر الصحية والأجهزة الطبية الحديثة بمختلف انواعها من اجل تقليل المسافة والزمن التي يقطعها المريض من اجل الحصول على هذه الخدمات من خلال التوجه الى مستشفيات اخرى خارج المدينة والتي قد يتطلب في بعض الاحيان الحجز والانتظار لمدة طويلة مما يؤخر تشخيص الحالة الصحية وبالتالي تدهور الواقع الصحي في المدينة، والعمل على جلب كوادر طبية من خارج البلد لما لهذا من اثر ايجابي بالنسبة للكوادر الطبية العاملة وزيادة مهاراتهم اضافة الى اثره في رفع كفاءة الخدمة الصحية في المدينة.

٤. العمل على زيادة عدد العيادات الشعبية وتوزيعها بشكل جغرافي واعطائها الاهمية المطلوبة والتي من شأنها ان ترفع العبء عن كاهل العيادة الشعبية الموجود حاليا وتوفير الدعم اللازم لها مما ينعكس

ايجاباً على اشباع حاجة السكان من خدماتها.

٥. توزيع مراكز الاسعاف الفوري بصورة عادلة بما يضمن سهولة وصول سيارة الاسعاف بوقت قياسي، لما لها من دور حيوي، حيث تعمل على تقليص حجم الخسائر البشرية.

٦. ضرورة صيانة شبكة الشوارع في احياء المدينة وتأثيثها باللوحات الارشادية الخاصة بأسماء الشوارع وارقامها، اضافة الى ارقام واسماء ارباب المنازل، والعمل على التخلص من الازدحامات المرورية الكثيرة خاصة على الطرق الرئيسية من خلال توسعتها والحفاظ على انسيابية الحركة والتي تعمل بدورها على تسهيل وصول المواطنين الى الخدمات الصحية.

٧. العمل على تزويد سيارات الاسعاف بنظام تحديد المواقع العالمي (GPS) لما له من دور في توفير معلومات عن الموقع الخاص بطالب الخدمة والوقت المطلوب للوصول اليه وفي جميع الأحوال وفي أي مكان من دون ضياع الوقت، وهذا اثره على تقليل حجم الخسائر البشرية.

٨. العمل على إجراء مسوحات دقيقة للمدينة لمعرفة عدد السكان وتوزيعهم المكاني وكثافتهم لمعرفة حاجتهم من الخدمات الصحية بشكل خاص والخدمات الاخرى بشكل عام.

٩. اعادة النظر من قبل الجهات المعنية بضرورة توزيع المؤسسات الصحية بصورة عادلة واعتماد الكثافة السكانية وبرنامج (ArcGIS) في التوزيع الجغرافي بما يمتلك من وسائل تقنية تساهم في هذا المجال.

١٠. ضرورة زيادة اعداد الاطباء والكوادر التمريضية والصحية في المراكز التي تعاني من قلة اعدادهم والعمل على تحقيق التوزيع العادل لهم بين المراكز، فضلاً عن الحاجة الملحة لإعادة النظر بالفائض والموزعين على المراكز الصحية.

١١. ضرورة اتباع النظام الالكتروني (برنامج الزائر الصحي) وتحديثه لما له دور في بناء قاعدة معلوماتية عن المواطنين في كل مركز من اجل متابعة حالة الافراد والحفاظ على ديمومة سلامتهم.

١٢. انشاء مراكز تخصصية في المدينة تتخصص بعلاج الامراض السرطانية وأمراض الكلى وغيرها، والتي يضطر المصابون بهذه الامراض الى الذهاب الى خارج المدينة سواء الى مدينة كربلاء أم المحافظات الاخرى التي تتوفر بها مثل هذه المراكز او السفر الى خارج البلد من اجل التزود بالعلاج مما يسهم بزيادة الاعباء على المرضى، لذلك فأن انشاء مثل هذه المراكز سوف تقلل من الاعباء عن كاهل المرضى.

قائمة المصادر

المصادر باللغة العربية

القران الكريم

اولا: الكتب

١. أبو عيانة، فتحي أحمد، جغرافية السكان، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت، ١٩٨٦.

٢. أبو عيانة، فتحي محمد، مشكلات السكان في الوطن العربي، ط١، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر، ١٩٨٦.

٣. أبو عيانة، فتحي محمد، جغرافية السكان اسس وتطبيقات، ط٤، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣.

٤. ابو عيانة، فتحي محمد ابو عيانة، جغرافية السكان، ط٥، دار النهضة العربية، بيروت، ٢٠٠٠.

٥. اسماعيل، احمد علي اسماعيل، اسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، ط٨، دار الثقافة، القاهرة، ١٩٩٧.

٦. اصطفيان، رعد ارزوقي واخرون، ادارة مخازن المستشفيات، دار التقني للطباعة والنشر، بغداد ١٩٨٤.

٧. بدران، زين حسن وايمن سليمان مزاهرة، الرعاية الصحية الاولية، ط١، دار المسيرة، عمان، ٢٠٠٩.

٨. البكري، ثامر ياسر، ادارة المستشفيات، دار اليازوري، عمان، ٢٠٠٥، ص١٨٧.

٩. تيرنك، بيرنارد، الصحة ماهي وكيف تعمل، ترجمة فهد بن عتيق العتيق، ط٢، معهد الادارة العامة، الرياض، ٢٠٠٤.

١٠. جابر، محمد مدحت وفاتن محمد البنا، دراسات في الجغرافية الطبية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٤.

١١. جاد الرب، حسام الدين، الجغرافية البشرية، ط١، منتدى مكتبة الاسكندرية، مصر، ٢٠١٠.

١٢. جلدة، سليم بطرس، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، ط١، دار الشروق، ٢٠٠٧.

١٣. الجنابي، صلاح حميد، جغرافية الحضر اسس وتطبيقات، جامعة الموصل، ٢٠١١.

١٤. حسن، عاطف حمزة، تخطيط المدن اسلوب ومراحل، مطابع قطر الوطنية، قطر، ١٩٩٢.

١٥. الحسن، عبد الرحمن محمد، الجغرافية الطبية، ط١، جامعة بخت الرضا، ٢٠١٣.

١٦. الدليمي، خلف حسين علي، التخطيط الحضري اسس ومفاهيم، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة، ط١، ٢٠٠٢، ص٢٢٤.

١٧. الدليمي، خلف حسين علي، تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية اسس – معايير– تقنيات، الطبعة الثانية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٥م.
١٨. الدليمي، خلف حسين علي، جغرافية الصحة، ط١، دار صفاء، عمان، ٢٠٠٩.
١٩. الدليمي، مالك ابراهيم ومحمد العبيدي، التخطيط الحضري والمشكلات الانسانية، بغداد، ١٩٩٠.
٢٠. ذياب، صلاح محمود، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، ط١، دار الفكر، عمّان، ٢٠٠٩.
٢١. ذياب، صلاح محمود، ادارة خدمات الرعاية الصحية، ط١ ، دار الفكر، عمّان، ٢٠١٠.
٢٢. العتيبي، سامي عزيز عباس وأياد عاشور الطائي، الاحصاء والنمذجة الجغرافية، دار الكتب والوثائق، بغداد، ٢٠١٢، ص٣٩.
٢٣. السعدي، عباس فاضل، المفصل في جغرافية السكان، ج١، مؤسسة الوراق، الاردن، ٢٠١٤.
٢٤. شعيب، محمد عبد المنعم، ادارة المعاصرة – تقييم الاداء– الجودة الشاملة– اعتماد المستشفيات، ج٧، دار النشر للجامعات، القاهرة، ٢٠١٤.
٢٥. شعيب، محمد عبد المنعم، ادارة المنظمات الصحية–المستشفيات، ج٣، ط١، دار النشر للجامعات، القاهرة، ٢٠١٣.
٢٦. الطيف، بشير ابراهيم ورياض كاظم سلمان الجميلي ومحسن عبد علي، خدمات المدن (دراسة في الجغرافيا التنموية) المؤسسة الحديثة للكتاب، لبنان، ٢٠٠٩م.
٢٧. عبدالوهاب، منال جلال محمد، اسس الثقافة الصحية، ط٤، مكتبة السوادي، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٢.
٢٨. العيسوي، فايز محمد، خرائط التوزيعات البشرية اسس وتطبيقات، ط٣، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٧.
٢٩. غنيم، عثمان محمد، تخطيط الخدمات والمرافق الاجتماعية من منظور عمراني، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٣.
٣٠. الغنيم، مرزوق يوسف وبهيجة اسماعيل البهبهاني، الثقافة الصحية، ط١، ذات السلاسل، الكويت، ١٩٩٧.
٣١. فيجويراس، جوسيب ومارتن ماكي، النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية، ترجمة تيسير كايد عاصي واخرون، ط١، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، ٢٠١٥.
٣٢. قرنفل، نبيل محيي الدين، الادارة الصحية، اكاديميا، بيروت، ٢٠٠٧.

٣٣. الكيلاني، نجيب، التثقيف الصحي للطلاب وافراد المجتمع، ط١، دار الصحوة، القاهرة، ٢٠١٣.

٣٤. محمد، عمر محمد علي، الجغرافية البشرية الاسس والاتجاهات الحديثة والمعاصرة، ط١، دار الوفاء، الإسكندرية، ٢٠١٥.

٣٥. مخيبر، حنان محمود، إدارة المستشفيات، المركز العربي للتعريب، دمشق، ٢٠١٠.

٣٦. منظمة الصحة العالمية (W.H.O)، طب وصحة المجتمع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق المتوسط، ٢٠١١.

٣٧. نصيرات، فريد توفيق، ادارة المستشفيات، ط١، دار اثراء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨.

٣٨. نصيرات، فريد توفيق، ادارة منظمات الرعاية الصحية، ط١، دار الميسرة، عمان، ٢٠٠٨.

٣٩. الهيتي، صبري فارس وحسن ابو سمور، جغرافية في الوطن العربي، ط١، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ١٩٩٩.

الرسائل والاطاريح

١. العامري، فاطمة فهد حمادي، كفاءة الخدمات الصحية وبعض العوامل المؤثرة فيها دراسة تطبيقية قطاع الرصافة والمنصور، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، المعهد العالي للتخطيط الحضري والإقليمي، جامعة بغداد، ٢٠٠٥.

٢. الكبيسي، احمد محمد جهاد دليمي، كفاءة التوزيع المكاني لمراكز الصحة العامة في مدينة الفلوجة باستخدام نظم المعلومات الجغرافية GIS، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الانبار، كلية الآداب، ٢٠٠٩.

٣. استيتة، سليم احمد سليم، التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها (GIS) باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية، اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، ٢٠٠٩.

٤. كيطان، عباس هجول، التحليل المكاني للخدمات الصحية في محافظة ذي قار، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، ٢٠١٠.

٥. عبود، عادل عبد الأمير، التحليل الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة البصرة، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة البصرة، ٢٠١٢.

٦. أبو كلل، ضرغام خالد عبد الوهاب، واقع توزيع الخدمات الصحية ومستويات كفاءتها في مدينة النجف الأشرف (دراسة في جغرافية الصحة)، كلية الآداب، جامعة البصرة، ٢٠١٢.

٧. عبد القادر، عمار عبد الله، التحليل المكاني للخدمات الصحية في محافظة المثنى، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية/ ابن رشد، جامعة بغداد، ٢٠١٣.

٨. الجبوري، عبد الحق خلف حمادة، التوزيع المكاني للخدمات الصحية في محافظة صلاح الدين، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الموصل، ٢٠١٣.

٩. العبيدي، اسراء هيثم احمد صالح، التباين الاقليمي للخدمات الصحية في محافظة ديالى، اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة ديالى، ٢٠١٣.

١٠. عدو، محمد نوح محمود، السكان وتنمية الخدمات الصحية في محافظة نينوى، اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية للعلوم الانسانية، جامعة الموصل، ٢٠١٥.

١١. الضويلع، انتصار محمد علي، التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في منطقة صبراتة– ليبيا دراسة في جغرافية الخدمات، اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس، ٢٠١٩.

الدوريات

١. رضوان، عبد السلام، "حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي"، برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مجلة عالم المعرفة، العدد ١٥٠، الكويت، ١٩٩٠.

٢. الجار الله، احمد، "التباين الاقليمي للخدمات الحصية في المملكة العربية السعودية"، الجمعية الجغرافية الكويتية، العدد١٠، ١٩٩٧.

٣. ناصر، حسين جعاز، "واقع التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة الديوانية وكفاءتها لعام ٢٠٠٧"، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، المجلد ١١، العدد ٣، ٢٠٠٨.

٤. فرحان، حميد حسين، "تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية"، مجلة جامعة الانبار للعلوم الانسانية، العدد ١ ، ٢٠١٠.

٥. الزيادي، حسين عليوي ناصر، "التباين المكاني لبعض مؤشرات التنمية الصحية في المحافظات العراقية (دراسة في جغرافية التنمية باستخدامGIS) "، مجلة جامعة ذي قار، المجلد ٦، العدد ٢، ٢٠١١.

٦. علي، هدى حسين، "كفاءة توزيع مراكز الرعاية الصحية الاولية في مدينة الرمادي"، مجلة جامعة الانبار، العدد٤، ٢٠١١.

٧. فهيمة، بديسي و زويوش بلال، "جودة الخدمات الصحية -الخصائص- الأبعاد-والمؤشرات"، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد ٧، ٢٠١١.

٨. حسن، امين علي محمد، "الكفاية المكانية للخدمات الصحية في محافظة شبوة الجمهورية اليمنية – دراسة تحليلية في جغرافية الخدمات"، المؤتمر الدولي للجغرافية، جامعة طيبة، المملكة العربية السعودية، ٢٠١٣.

٩. الجياشي، يحيى عبد الحسن فليح، "تقويم كفاءة الخدمات الصحية العامة في مدينة الخضر"، مجلة البحوث الجغرافية، العدد ١٧، ٢٠١٣.

١٠. عبود، عادل عبد الامير، "التباين المكاني لمؤشرات التنمية الصحية وافاقها المستدامة في محافظة البصرة (دراسة في جغرافية التنمية) "، مجلة دراسات البصرة، المجلد ١١، العدد ٢١، ٢٠١٦.

١١. حمزة، اميرة محمد علي و رفل حسين نجم، كفاءة خدمات المراكز الصحية في مدينة الحلة (باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية(GIS) "، مجلة كلية التربية، المجلد١، العدد٢٨، ٢٠١٧.

١٢. الزيادي، حسين عليوي ناصر وميعاد حسين كريم، "التباين المكاني لنمو السكان وتوزيعهم في ريف قضاء سوق الشيوخ"، مجلة جامعة ذي قار، المجلد١٣، العدد ٣، ٢٠١٨.

١٣. السعدي، سعاد جاسم وسيف علي الجحيشي، "تقييم كفاءة الخدمات الصحية في محافظة صلاح الدين باستخدام نظم المعلومات الجغرافية"، مجلة القادسية للعلوم الانسانية، المجلد٢١، العدد٤، ٢٠١٨.

١٤. محمد، محمد عطيه، "كفاءة الخدمات الصحية في ناحية المنصورية دراسة في جغرافية الخدمات"، مجلة ديالى، العدد ٨٠، ٢٠١٩.

١٥. الجياشي، كفاء عبد لفلوف وعلا لطفي محمد، "تخطيط الخدمات الصحية في قضاء الخضر باستخدامGIS"، مجلة القادسية للعلوم الانسانية، المجلد ٢٣، العدد ٣، ٢٠٢٠.

١٦. محمود، محمد نوح وعلي ابراهيم عاي السبعاوي، "الملائمة المكانية لتوزيع السكان والخدمات الصحية في مدينة الموصل باستخدام ARC&GIS "، مجلة وميض الفكر، العدد الثامن، ٢٠٢٠.

المصادر الحكومية

أ- المنشورات الرسمية والحكومية

١. جمهورية العراق، وزارة الصحة، الاستراتيجية الوطنية للوقاية والسيطرة على الأمراض غير الانتقالية، ٢٠١٣.

٢. جمهورية العراق، وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، ٢٠١٤.

٣. جمهورية العراق، وزارة الصحة، حقيبة الخدمات الصحية الأساسية للعراق، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩.

٤. جمهورية العراق، وزارة الصحة، دليل مراكز الرعاية الصحية الاولية، دائرة الصحة العامة، ٢٠٠٩.

٥. جمهورية العراق، وزارة التخطيط، التقرير الطوعي الأول حول أهداف التنمية المستدامة (انتصار إرادة وطن)،٢٠١٩.

٦. جمهورية العراق، وزارة التخطيط، اسس ومعايير الخدمات العامة، هيئة التخطيط الاقليمي، ١٩٧٧.

ب- البيانات الحكومية غير المنشورة

١. جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، مديرية احصاء كربلاء، تقديرات سكان العراق (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٢. جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٣. جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، شعبة الهندسة والصيانة، وحدة الابنية (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٤. جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، قطاع الرعاية الصحية الاولية في الهندية، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٥. جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، القسم الفني، بيانات خاصة بالمستشفى (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

٦. جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة صحة كربلاء المقدسة، مستشفى الهندية العام، قسم الإحصاء (بيانات غير منشورة) لسنة ٢٠٢٠.

المقابلات الشخصية

١. مقابلة شخصية مع مسؤول برنامج الزائر الصحي، قطاع الرعاية الصحية الاولية في مدينة الهندية بتاريخ ٢٥/١٢/٢٠٢٠م.

المصادر الاجنبية

1. Bandar Fuad Khashoggi and Abdulkader Murad, Issues of Healthcare Planning and GIS: A Review, International Journal of Geo-Information, vol 9, 352.
2. EMMANUEL MALIWA, Transit Accessibility and Equity Evaluation of Bus Rapid Transit System: The case of Dar es Salaam, Tanzania, PhD thesis, University of Twente, the Faculty of Geo-Information Science and Earth Observation, 2019.
3. K. Lyseen And others, A Review and Framework for Categorizing Current Research and Development in Health Related Geographical Information Systems (GIS) Studies, Yearbook of Medical Informatics ,vol 9, 1 , 2014.
4. Riyadh Kareem Abbood, Primary Health Care Programs Learner's Guide, First Edition, 2018.
5. S. Jamtsho and R. J. Corner, Evaluation of spatial accessibility to primary healthcare usisng GIS, Annals of the Photogrammetry, Remote Sensing and Spatial Information Sciences, Technical Commission II Symposium, 6 – 8 October 2014, Toronto, Canada.
6. Tariq Ali M Alzaied and Abdurrahman Alshammari, An Evaluation of Primary Healthcare Centers (PHC) Services: The Views of Users, Health Science Journal, Vol 10, Issue 2 , 2016.
7. Todd Litman, Evaluating Transportation Equity Guidance For Incorporating Distributional Impacts in Transportation Planning, Victoria Transport Policy Institute, 2014.
8. Gebrezgi Gidey And Other, Introduction to Public Health, Mekelle University In collaboration with the Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, the Ethiopia Ministry of Health, and the Ethiopia Ministry of Education, 2005.
9. Steven K. Thompson, Sampling, Third Edition, 2012 .
10. Ylva Kalin, Access To and Utilization of Health Services in Rural Bangladesh, Master Thesis, Lund University , 2011.

11. Raymond Ogu Chimezie K, A Case Study of Primary Health care Services in Isu- Nigeria, Doctor of Philosophy, Walden University, 2013
12. Janet Chepkorir, Determi Nants Of Maternal Healthcare Utilization In Rural –Kenya, School of Economics, University of Nairobi, 2014.
13. A imee Dorothy Wesso, The Perceived Quality of Healthcare Services and Patient Satisfaction in South African Public Hospitals, Masters Thesis, university of Ljubljana,2014
14. Wondwossen Mindahun Eshetu, Bedasa Asefa Jinfessa, Spatial Location Based Accessibility Assessment of Healthcare Institutions in Debre Berhan Zurya Woreda, North Shewa Zone, Regional State of Amhara, Ethiopia, Journal of Geosciences and Geomatics, Vol. 7, 2019.
15. A Spatial Distribution Equilibrium Evaluation of Health Service Resources at Community Grid Scale in Yichang, China, Published research, 2019.
16. Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union, Katharine Footman And other, Health Policy, Vol 112, 2013.
17. K.Balasubramani And Other, Gis-Based Service Area Analysis For Optimal Planning Strategies: A Case Study Of Fire Service Stations In Madurai City, Geographic Analysis of Union Geographic Information Technologists, Vol 5, 2, 2016.

شبكة الانترنت

١- شبكة الكفيل العالمية https://alkafeel.net//news/index.php?id=10607

الملاحق

ملحق (١)

استمارة استبانة

أخي المواطن .... أختي المواطنة

هذه الاستمارة خاصة برسالة الماجستير الموسومة بـ **(التحليل المكاني للخدمات الصحية في مدينة الهندية)** وهي لأغراض البحث العلمي فقط، وستعامل البيانات بسرية، إن تعاونكم معنا دليل حرصكم على تطوير الخدمات الصحية في المدينة، من خلال إجابتكم التي تزيد من رصانة البحث، لذا أرجو أن تكون أجابتك عنها بشكل علمي وموضوعي شاكرين تعاونكم.

الباحث : قاسم محمد نعمة السعدي

ملاحظة / ضع علامة (✓) في المكان الذي تراه مناسبا.

المعلومات الاساسية الخاصة بالمجيب على اسئلة الاستبيان:

١- ما اسم الحي السكني الذي تقيم فيهُ-........................

٢- الجنس/ عدد الذكور في الاسرة .... عدد الاناث.........

٣- العمر/ عدد افراد الأسرة دون ١٥سنة .... ١٦-٦٣ .... ٦٤ فأكثر ....

٤- المستوى التعليمي/ عدد الافراد بمستوى الابتدائية فما دون........ متوسطة واعدادية .... تعليم جامعي ....

٥- الدخل الشهري للأسرة بألف دينار:

أ- أقل من٢٥٠ ألف ( ) ب- ٢٥١ – ٥٠٠ ( ) ج- ألف ٥٠١ – فأكثر( ).

٦- هل يتوفر في المنطقة السكنية مؤسسة صحية :

أ- نعم ( ) ، ب- كلا ( ).

٧- أذا كان الجواب بنعم فما نوعها:

أ- مستشفى ( )، ب- مركز صحي ( ) ، ج- عيادة شعبية ( ).

٨- ما نوع واسطة النقل المستخدمة للوصول إلى الخدمة الصحية:

أ- مشيا على الأقدام ( ) ، ب- بواسطة سيارة ( ).

٩- كم تحتاج وقتا للوصول الى المؤسسات الصحية في مدينة الهندية:

المؤسسة الصحية	اقل من (٥) دقائق	(٥-١٠) دقيقة	(١١-١٥) دقيقة	اكثر من (١٥) دقيقة
المستشفى				
المراكز الصحية				
العيادة الشعبية				

١٠- كم يبعد مسكنك عن اقرب مؤسسة صحية:

أقل من(١)كم	من(١-٢) كم	من(٢-٣) كم	من (٣) فأكثر

١١- ما درجة رضاك عن الخدمات الصحية في مدينتك:

ت	المؤسسة الصحية	غير راضٍ	راضٍ نسبيا	راضٍ
ا	المستشفى			
ب	المركز الصحي			
ج	العيادة الشعبية			

١٢- هل انت راضي عن بعد الخدمات الصحية عنك:

ت	المؤسسة الصحية	غير راضٍ	راض نسبيا	راض
ا	المستشفى			
ب	المركز الصحي			
ج	العيادة الشعبية			

١٣- عند اصابتك بالمرض الى اين تفضل الذهاب:

أ- المركز الصحي (   ) ب- عيادة خاصة (   ) ج- مستشفى (   ).

١٤- هل تواجه صعوبة في الوصول الى المركز الصحي او المستشفى:

نعم (   ) ، كلا (   ).

١٥- هل تواجه ازدحام عند مراجعتك المركز الصحي أو العيادة الاستشارية في المستشفى الحكومي:

أ- نعم (   ) ، ب- لا (   ).

اذا كانت الإجابة(نعم) ما هو السبب الرئيسي برأيك:

أ- قلة عدد الكادر الطبي (   )، ب - كثرة المراجعين (   )، ج- قلة التجهيزات الطبية (   ).

١٦- هل تراجع المستشفيات في خارج المحافظة :

أ- نعم (   )، ب- لا (   ).

اذا كانت الاجابة نعم اي المحافظات تراجع:

بغداد (   )، النجف (   )، كربلاء (   )، اخرى تذكر..............

١٧- ما المقترحات المناسبة برأيكم لتطوير الخدمات الصحية:

أ. ....
ب. ....
ج. ....
د. ....

الشكر الجزيل على أجابتك الصادقة خدمة لأسرتك ومجتمع مدينة الهندية

ملحق (٢) حجم العينة في مدينة الهندية لسنة ٢٠٢٠.

ت	الاحياء	عدد الاسر	النسبة %	عدد الاستمارات
١	الكص الجنوبي	٥٩٤	٣	١١
٢	سيد حسين	٤٥٢	٢	٨
٣	شيخ حمزة	٣٣٨	١	٤
٤	محرم عيشة	١٧٤٦	٧	٢٧
٥	العامل ١	٢٢٧٥	١٠	٣٧
٦	المصطفى	١٢٨٥	٥	١٩
٧	الضباط	١٤٠٠	٦	٢٢
٨	الصناعة	٤٠٠	٢	٨
٩	العسكري	١٣٠٠	٦	٢٢
١٠	الزهراء	٦٧٠	٣	١١
١١	الحسين ١	٢٤٤٣	١٠	٣٨
١٢	الحسين ٢	١٠١٠	٤	١٥
١٣	القزاونة	١٨٠	١	٤
١٤	الشهداء	١٠٠٥	٤	١٥
١٥	دور الحجر	٢٥٠	١	٤
١٦	الكردي	٣٣٠	١	٤
١٧	ابو عزيز	٥٠٠	٢	٨
١٨	الجمعية	٢٨٩٦	١٢	٤٥
١٩	الرياض	٨٩٠	٤	١٥
٢٠	الطنبي	٣٥٢	٢	٨
٢١	المثنى	٥٢٠	٢	٨
٢٢	السلام	١٠٣٤	٤	١٥
٢٣	العامل ٢	١١٢٣	٥	١٩
٢٤	الكص الشمالي	٧٩٩	٣	١١
	المجموع	٢٣٧٩٢	١٠٠	٣٧٨

المصدر: من عمل الباحث اعتماداً على المعادلة المستخدمة في استخراج عدد الاستمارات في كل حي.

- الدراسة الميدانية التي توصل لها الباحث من خلال دائرة صحة كربلاء، قطاع الهندية، قسم الزائر الصحي في مراكز، بيانات (غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.
- جمهورية العراق، وزارة التجارة، الشركة العامة لتجارة المواد الغذائية، البطاقة التموينية، مركز تموين محافظة كربلاء، (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.
- المجلس المحلي لمدينة الهندية، لجنة المخاتير، (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

ملحق (٣) توزيع السكان في مدينة الهندية على مستوى الاحياء لسنة ٢٠٢٠.

اسم الحي	عدد السكان	المساحة	عدد الأسر
الكص الجنوبي	٤٦٥٠	١٥.٩٥	٥٩٤
سيد حسين	٣١٩١	١٠.٦	٤٥٢
شيخ حمزة	٣١٥٤	٤.٨٤	٣٣٨
محرم عيشة	٤١١٠	٤٥.٢٨	١٧٤٦
العامل 1	٩١٤٦	٣٥.٤٢	٢٢٧٥
الكص الشمالي	٣٢٩٩	٣٤.٨٨	٧٩٩
العامل2	٤٢١٠	٧٦.٣١	١١٢٣
السلام	٨٤٩١	٢١.٥٨	١٠٣٤
الطنبي	١٤٥٠	٦.٢١	٣٥٢
ابو عزيز	٣٠٠٣	١٤.١٦	٥٠٠
المثنى	٢٧٠٥	٤٢.٥٢	٥٢٠
المصطفى	٦٠٠٩	٤٥.٧٨	١٢٨٥
العسكري	٥٢٩٣	٢٩.٩٧	١٣٠٠
الشهداء	٤١٢١	٤٢.٩٨	١٠٠٥
الجمعية	١٣٨٤١	٨٠.٠٢	٢٨٩٦
الحسين1	١١٥٠٧	٦٩.٧٩	٢٤٤٣
الحسين2	٣٨٦٤	٦٠.٢٢	١٠١٠
القزاونة	١٠١٧	١٦.٧٤	١٨٠
الزهراء	٣٩١٤	٣٩.٩	٦٧٠
الضباط	٣٠٦٠	٢٣.٧٩	١٤٠٠
دور الحجر	٢٨٣٣	١١.٠٩	٢٥٠
الرياض	٤٤٥٠	٤٠.٦٦	٨٩٠
الصناعة	٥٤٦٠	٤٣.١٤	٤٠٠
الكردي	٢٠٦٢	١١.٦٤	٣٣٠
المجموع	١١٤٨٤٠	٨٢٣.٤٧	٢٣٧٩٢

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على:

– الدراسة الميدانية التي توصل لها الباحث من خلال دائرة صحة كربلاء، قطاع الهندية، قسم الزائر الصحي في مراكز، بيانات (غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

– جمهورية العراق، وزارة التجارة، الشركة العامة لتجارة المواد الغذائية، البطاقة التموينية، مركز تموين محافظة كربلاء، (بيانات غير منشورة)، لسنة ٢٠٢٠.

– المجلس المحلي لمدينة الهندية، لجنة المخاتير، بيانات غير منشورة، ٢٠٢٠.

Republic of Iraq
Ministry of Higher Education and Scientific Research
Karbala University
College of Education for Human Sciences
Department of Applied Geography



Spatial Analysis Of Health Services In AL Hindiyah City

By:

Qasim Mohammed Ne'ma Al Se'di

A Thesis Submitted To The Council Of College Of Education For Human Sciences, Karbala University As a Partial Fulfillment For The Requirements For Master Of Degree In Human Geography

The Supervisor:

Prof. Dr. Wesan Shehab Ahmed Al-Ubaidi

2021. M 1443.H

Abstract:

The health services are considered one of the most important services that the city introduce to its people and its region's people due to their role in the development process. Thus, the improvement process for these services in the society means introducing better services to raise the healthy level which reflects the development aims.

The current study which tackles the spatial analysis for the health services in Al Hindiyah City displayed a number of questions. the most important questions as what is the real spatial distribution of The health services in Al Hindiyah City, what is their efficient in the spatial distribution in the city quarters. The study hypothesized that the health services spread on the city space extension in a way that suits the population size, in addition to weakness in its efficient function, the matter that is negatively reflected on its spatial and functional efficient.

The study adopted several approaches where the descriptive approach was one of them as well as the analytic quantity approach. The researched highly relied on the field study which included offices concerned and the field study process (questionnaire form).

The sample is limited with 378 families out of 23792 families that constitute the society, distributed on24 living quarters for all variables required and to know citizens' opinions about the efficiency of the health services introduced. Later, these were arranged and classified in tables, diagrams, and maps to represent the city situation. This is in addition to the deductive approach represented by the geographical distribution for the health services and their indications. Spatial tools and techniques which are available within the environment's program (Arc GIS 10,7,1) were employed, represented by studying the spatial distributions, web analysis, and maps production, starting from collecting data and information and analyzing them by the spatial analysis and Excel program in order to prepare a geographical data base related to the area of the study.

The study aims at knowing the reality of health services available in the city and its spatial distribution, and then evaluating its functional

efficiency through relying on the local planning criteria adopted in Iraq. Later, the city requirements the current health services were limited and to assess the future need up to 2030.

The most important results of this study are the following:

- Most adopted criteria used for the evaluating the hospital efficiency were characterized by the efficiency of the introduced services. Concerning the criterion of (person/criterion of hospital), (criterion of person/ bed), (criterion of patients/ doctors), (criterion of patients/ service number staff) these are characterized by decreasing of the services efficiency level according to the planning criteria, The city also needs two hospitals, and (137) dentists.

- Concerning the indicators used in evaluating the primary health centers efficiency, it is characterized by decreasing the service efficiency where some health centers suffer from acute shortage in the health and media staff and some of them were higher than the planning criteria.

- The total served are in the city by the primary health centers reached to 552.8 hectares, while the area that is not served reached to 316.49 hectares.